FOURTEENTH ANNUAL REPORT

OF THE CHIEF CORONER

PROVINCE OF NEW BRUNSWICK

For The Period January 1 to

December 31, 1985

CORONERS BRANCH
LAW ENFORCEMENT DIVISION
DEPARTMENT OF JUSTICE

OFFICE OF THE CHIEF CORONER / BUREAU DU CORONER EN CHEF
York County Court House / Palais du justice du comté de York
Fredericton, New Brunswick / Fredericton, Nouveau-Brunswick

GRANT S. GARNEAU
Chief Coroner / Coroner en chef

DEPARTMENT OF JUSTICE
MINISTÈRE DE LA JUSTICE

The Honourable David R. Clark, Q.C.
Minister of Justice
Fredericton
Province of New Brunswick

Dear Sir:

Pursuant to Section 43 of the Coroners Act, I have the honour to submit the Fourteenth Annual Report of the Chief Coroner for the period January 1, 1985 to December 31, 1985.

Yours very truly,

Grant S. Garneau

GRANT S. GARNEAU
Chief Coroner
Province of New Brunswick

TABLE OF CONTENTS

		PAGE
(A)	**HISTORICAL BACKGROUND**	1
	Origin of the Office of the Coroner	1
	Development of the Office in Medieval and Modern Times	3
	Canadian Situation	6
(B)	**THE NEW BRUNSWICK SYSTEM**	8
	Organizational Structure	8
	Notification Requirement	9
	Investigative Capacity of Coroners Branch	9
	Purpose of Coroner's Investigation	11
	The Inquest Decision	11
	Summary	12
(C)	**STATISTICAL SUMMARY OF INVESTIGATED DEATHS**	14
	Schedule "A" - Total Deaths Reported	15
	Schedule "B" - Accidental Deaths	15
	Schedule "C" - Suicides - County/Sex/Age	16
	Schedule "D" - Suicides - Method/Sex/Age	17
	Schedule "E" - Comparative 1975-1984	18
(D)	**SUMMARY OF INQUESTS AND RECOMMENDATIONS**	19

(A) HISTORICAL BACKGROUND

Origin of the Office of the Coroner

The office of the coroner is one of the oldest institutions known to English law (ranking in antiquity only behind the Monarch and the sheriff) and its true origin has been much debated. The first written references to the office occurred during the reign of King Alfred (871 - 910 A.D.). However, the historical development of the office can with greater certainty be traced back to a period close to the time of the Norman Conquest when the coroner, under the new regime, came to have an important role in the administration of justice. The changing functions of the office reflect the evolution of English legal and constitutional history over the course of a thousand years.

One of the early functions of the office was to enquire into sudden and unexpected deaths. Initially in this, as in other functions, the primary responsibility of the office was to protect the financial interest of the Crown. It was the duty of the coroner to establish the facts relating to the death - if the body was that of a Norman (as opposed to the native Anglo-Saxons) a levy was payable to the Crown. The coroner used a jury to enable him to ascertain this and to determine whether foul play was involved in the death; if so, the town or village was liable for an

... 2

additional fine if no felon could be found responsible for the death. On the other hand, should the felon be apprehended and convicted his entire goods and possessions were forfeited to the Crown upon seizure by the coroner. Also, failure of the first finder to notify the local authorities of dead bodies, and of those authorities, in turn, to notify the coroner, resulted in special fines levied by the Crown on the whole town for breach of duty. This particular function of the office of coroner (to determine the facts surrounding a death), as modified throughout the years, survives as the basis for all coroner systems which are presently existing in common law jurisdictions.

Other duties of the offices of the coroner were mainly administrative and are now only of academic interest; he kept the Crown's records in relation to the criminal courts; he collected and guarded the "chance" revenues falling to the Crown - in particular, deodands, wrecks, royal fish and treasure trove as well as the forfeited property of convicted felons mentioned above; he heard the swearing of adjurations of those persons who had fled to sanctuary; he also served as a check upon the fiscal activities of the sheriff and was required to act for the sheriff whenever the latter was incapacitated by interest or default.

The varied and changing historical duties of the office of coroner are reflected in the origin of the word "coroner" which is said to have come from the Anglo-French word for Crown -

... 3

"corouner". However, the precise designation of the officer appears to have varied from time to time. In the reign of Richard the First he was called "coronarius", in that of John, "coronator", because he originally had custody of the rolls of the pleas of the Crown. According to Sir Thomas Smith in 1583 the name of the office came from the word "crowner" or "coronator" because "the death of every subject by violence is accounted to touch the Crowne, and to be a detriment to it..." - in other words, the coroner, however spelled and pronounced, was in effect the local representative of the Crown. It is of interest to note that while the word "coroner" (as it is presently spelled) first appeared in the fourteenth century, the name "crowner" is used to this day in the north of Ireland and vulgarly in some parts of England.

Development of the Office in Medieval and Modern Times

The history and development of the office of coroner can best be illustrated by references to English legislation.

Article 20 of the Article of Eyre (1194) provided for the election in every county of England of three knights and one clerk as "keepers of the pleas of the Crown". The coroner had to be a resident of the county or the borough for which he was elected locally. His other qualifications was his wealth, which was probably seen as a form of insurance against the possibility of

... 4

misbehaviour, in the event of which his lands or possessions could be confiscated by the King. As the office was unpaid until 1487 prestige of the office and public service appear to be the motivating factor for seeking the office in the early days. The coroner took his oath of office before the sheriff, had county jurisdiction and tenure for life during good behaviour. He could however, lose his post if appointed to the office of sheriff.

In 1276 during the reign of Edward I the statute known as De Officio Coronatonis was proclaimed. In it the duties of the coroner were set forth as they applied to the inquisitorial procedure: that upon being summoned by the bailiff or any honest man, the coroner should go to where there was dead ... once there he would command the men from four neighbouring towns to appear before him as the jury to give evidence under oath. This statute expressed, for the first time, the basic questions requiring satisfaction where an unnatural death is under investigation. In the ensuring seven hundred years, no improvement has been made upon them and they remain: "who was the deceased? How, when, where and by what means did he die?"

In 1361 with the statutory creation of justices of the peace, the long decline of the role of the coroner in criminal proceedings began. Other means were found to secure the Crown revenue and the financial duties of the office of the Crown official

... 5

were also eroded. Later by statute in 1487 a fee was established to be paid by the coroner for each inquest in sudden and unnatural deaths. Because the coroner was less than popular with the justices (who had replaced him in criminal matters) the justices usually paid coroners the statutory minimum with the result that only unskilled lawmen tended to accept the position. Complaints were common that coroners would hold unnecessary inquests merely to support their meager income. Surprisingly, the office of coroner not only survived under such adverse circumstances but re-emerged during the industrial revolution to a new position of importance. This re-emergence was due in large part to the increasing incidence of sudden and unnatural death. As well, while the justices of the peace had taken over the cases of overt homicides, cases of suicides and covert homicides continued to be dealt with by the coroner's inquisition.

With the addition in England in 1836 of a statutory provision that allowed for the coroner to make payment for expert medical testimony, the capacity to detect covert homicide increased through the coroner's ability to order post-mortem examination of the deceased. As a medico-legal investigator, the coroner won back some of his lost status in criminal proceedings and by virtue of close access to medical expertise, the foundation for the present system was laid in England. The gain in status was supported in 1860 when a law was enacted abolishing the fee system and

... 6

establishing salaries for county coroners. A further development occurred in 1887 with the passage of legislation requiring inquests to be conducted whenever the coroner had reasonable cause to suspect that violence or unnatural factors had resulted in a death or where the cause of death was unknown. Moreover in 1888, election of coroners in England was discontinued and a system of coroner appointments was instituted.

Subsequent changes in the English system came as follows: in 1926 part of the criminal jurisdiction of the office was removed by the provision that the coroner adjourn his inquest in cases of murder, manslaughter or infanticide should charges be laid. Also mandatory requirements for inquests in all cases of which the cause of death was unknown were abandoned. In 1977 the jurisdiction of the coroner was further limited as the power to find a verdict of murder, manslaughter or infanticide was removed which negated the common law right of a coroner to commit for trial.

Canadian Situation

The institution of the common law coroner was early transplanted from England to North America with the result that every province and state has some type of modified coroners system.

The office of coroner was received in Canada as part of the common law system before conceptual changes which transformed

... 7

the coroner system in England had taken place. After Confederation provincial coroners were conducting proceedings similar to preliminary hearings in respect to homicide. Notwithstanding that the indictment function of the coroner's inquest was abolished in 1892 by the first Criminal Code, a procedure still exists whereby certain verdicts of a coroner's jury result in the individual named appearing in custody or by means of a recognizance before a magistrate or justice, although in recent years this procedure has been used infrequently.

Each province and territory in Canada presently operates its own sudden death inquiry system. Most provinces have restricted the jurisdiction of the coroner in respect to the finding of criminal or civil liability. Three provinces (Alberta, Nova Scotia and Manitoba) have now established medical examiner systems. Newfoundland has no coroners or medical examiner system as such. In that province all sudden deaths inquiries are held by a judge pursuant to Summary Convictions Act provisions. The remaining provinces and the territories have coroner systems which have all developed and grown, some more, some less, out of the institution of the common law coroner.

The present system in New Brunswick is very close to the concept of the coroner at common law and has no restrictions on the determination of criminal or civil liability, although in practice this feature is rarely utilized.

(B) THE NEW BRUNSWICK SYSTEM

Organizational Structure

In New Brunswick the Coroners Branch, for organizational and administrative purposes, falls within the Law Enforcement Division of the Department of Justice. General supervision of the system is the responsibility of the Chief Coroner located in Fredericton who is assisted by four District Coroners directly responsible for all coroner activities within designated geographical areas and located in Campbellton, Moncton, Saint John and Fredericton. In addition, all sheriffs and deputy sheriffs are ex-officio coroners although not all are utilized as coroners within the system. At present, 36 full-time employees of the Sheriffs Branch function as coroners. A number of lay coroners are also appointed who act on a nominal fee for service basis and are a necessary retention of the old Coroner's System which before 1971 was serviced completely by lay coroners. Of the 16 lay coroners, 5 are medical practitioners, which before the availability of highly qualified and competent pathologists within the Province, was of great advantage to the system. The lay coroners continue to provide an excellent service in the communities in which they serve.

Notification Requirement

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: i) did not occur during or as a result of pregnancy; ii) was not sudden and unexpected; and iii) was not under circumstances which may require an investigation). The Coroners Branch is responsible for the investigation of all reported deaths in order to determine for each case the identity of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his death. The system, therefore, is a vital part of law enforcement in initially determining whether such reported deaths are due to natural causes, accident, suicide or homicide.

Investigative Capacity of Coroners Branch

For investigational purposes the Coroners Branch has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Forensic Laboratory in Sackville), municipal police, and the N.B. Highway patrol acting within their respective jurisdictions. Also as a number of reported deaths involve elements of criminality the investigation

sometimes is a combination of coroners and police responsibility and requires a close liaison between the two agencies. Also available to the Coroners Branch are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston and Woodstock and also the services of the Provincial Toxicologist located at Saint John.

In addition two pathologists located in the Regional Laboratory in Saint John agreed to provide a centralized forensic pathology service for the Coroners Branch commencing January 1, 1982. The identification of a death as a "Type II" case which needs the special consideration of a forensic pathologist now results in the utilization of the forensic service mentioned above. A "Type II" case requires that the body be transported to the Saint John Laboratory for the autopsy. The forensic pathologist acting is also available to the coroner's service and the police agency to visit the death scene, if necessary. Both pathologists acting in that capacity have for many years demonstrated their high degree of interest in forensic pathology and their expertise in acting as expert witnesses both at inquests and criminal trials.

... 11

Purpose of Coroners Investigation

The purpose of the coroners investigation has changed over the years. For many years the major emphasis was directed towards the investigation of the actual medical cause of death to the exclusion of practically all other easpects. Now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety. Therefore, it is sometimes necessary for the coroner to order an inquest into the death although the cause of death is known.

The Inquest Decision

One of the more difficult decisions a coroner has to make is whether or not to hold an inquest. In early times, the inquest was part of the function of the coroner in every case he investigated. Gradually, the common law developed to the point where the decision was in the sole discretion of the coroner.

Local coroners, the Chief Coroner or the Minister of Justice in some circumstances, may order an inquest into a death. The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of accidental and violent

... 12

deaths. It is also an important vehicle in causing attention to be focused on situations where remedial action may be taken to prevent similar occurrences in the future. To this end coroners have been encouraged to carefully consider all circumstances surrounding accidental and violent deaths, with the view to holding an inquest if any useful purpose will be served by doing so. It is expected that the Coroners Jury make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances where appropriate.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations of Coroner's Juries at inquests to the attention of appropriate persons, agencies and departments of governments. Although the Chief Coroner has no authority to force any person or organization to implement recommendations, a number are in fact implemented in some way. No doubt this is due to the fact that the organizations affected would find itself in a most embarrassing position if a second death occurred under similar circumstances, without having remedied the situations which caused the first fatality.

Summary

The Coroners Branch investigates from 35 to 40 percent of the total of approximately 5,000 yearly deaths in the Province.

... 13

A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. Autopsies are ordered by the coroner in less than 40 percent and inquests are ordered in about one percent of all investigated deaths. More than 90 percent of investigated deaths are now conducted by ex-officio coroners who are full-time employees of the Sheriffs Branch.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and all other related agencies involved who have through the year cooperated and assisted in the investigations which have been processed through the Coroners Branch. Also gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

(C) STATISTICAL SUMMARY OF INVESTIGATED DEATHS

Beginning January 1, 1985, deaths reported to and investigated by the Coroners Branch have been classified in five district categories: accidental, suicide, homicide, natural and undetermined.

The **accidental** category covers all accidental deaths including all deaths involving motor vehicles where there is no obvious intention to cause death to another person. For example, if a person is intoxicated and drives with criminal negligence causing death the coroner's classification will be accidental.

The **suicide** category covers all cases of obvious suicide.

The **homicide** category covers all cases of homicide except where a motor vehicle is involved and there is no obvious intention to cause death to another person.

The **natural** category covers all deaths by disease or natural causes.

The **undetermined** category covers any death where it is impossible to determine whether the death was accidental, suicide, homicide or natural. Coroners are instructed to make all possible efforts to classify deaths in one of the other categories before considering this category. An example of a difficult case which might fall in this category is that of drug overdose where it is impossible to determine whether death was accidental, suicide or homicide.

As indicated in Schedule "A" hereunder, the total number of deaths reported to and investigated by the Coroners Branch in 1985 was 1,773, of which 1,427 were found to have occurred as a result of natural causes.

SCHEDULE "A" 1985

Classification	Number of Deaths	Autopsy Performed
Accidental	246	162
Suicide	83	53
Homicide	15	15
Natural	1,427	415
Undetermined	2	2
TOTAL	1,773	647

In Schedule "B" hereunder the 246 deaths classified as accidental are further classified to indicate the manner of death.

ACCIDENTAL DEATHS - SCHEDULE "B" - 1985

Manner	Number	Autopsy Performed
Motor Vehicle	84	56
Motor Cycle	13	8
Recreational Wheeled Vehicle	10	5
Snowmobile	2	1
Bicycle	2	1
Pedestrian	28	16
Agricultural	2	-
Industrial	12	9
Fire	27	20
Weapon	4	3
Drug	14	12
Drowning	30	21
Other	18	10
TOTAL	246	162

... 16

In Schedule "C" hereunder the 83 deaths by suicide are further classified to indicate sex, age and county of death.

SUICIDES

SCHEDULE "C" 1985

COUNTY	0 - 19 M	0 - 19 F	20 - 30 M	20 - 30 F	31 - 40 M	31 - 40 F	41 - 50 M	41 - 50 F	51 - 60 M	51 - 60 F	61 - 70 M	61 - 70 F	Over 70 M	Over 70 F	Total Male	Total Female	Total For County	Percentage of Suicides
ALBERT									1		1				2		2	2.4
CARLETON					1										1		1	1.2
CHARLOTTE			1								1		1		3		3	3.6
GLOUCESTER			2		1	1			1		1		2		7	1	8	9.6
KENT													1		1		1	1.2
KINGS			2	1	4			1	1		1		3		11	2	13	15.7
MADAWASKA					2		1		4	1	2		1		10	1	11	13.3
NORTHUMBERLAND			1		1						1				3		3	3.6
QUEENS									1						1		1	1.2
RESTIGOUCHE					2				1						3		3	3.6
SAINT JOHN			3		1								1		5		5	6.0
SUNBURY							2								2		2	2.4
VICTORIA							1								1		1	1.2
WESTMORLAND	4		3	2	3		3		1						16	2	18	21.7
YORK			2	1	3	1		1			3				8	3	11	13.3

In Schedule "D" hereunder the methods of suicide are further classified by sex and age.

SUICIDE

SCHEDULE "D" 1985

Method	0 - 19 M	0 - 19 F	20 - 30 M	20 - 30 F	31 - 40 M	31 - 40 F	41 - 50 M	41 - 50 F	51 - 60 M	51 - 60 F	61 - 70 M	61 - 70 F	Over 70 M	Over 70 F	Total Male	Total Female	Total Method	Percentage of Total
Gunshot	1		6	1	14	1	4	1	6		6	1	6		43	4	47	56.6
Hanging	1		5	2	2		1		2		1				10	2	12	14.5
Drug Overdose	1			1	1	1									2	2	4	4.8
Carbon Monoxide Poisoning	1		1	1				1			1		1		4	2	6	7.2
Drowning			1		1			1	1			1	2		5	2	7	8.4
Other			2	1	1		1		2						6	1	7	8.4
Total	4		15	6	19	2	6	3	11		8	2	9		70	13	83	
Male	4		15		19		6		11		8		9		70			
Female			6		2		3				2					13		
Age Groups	4		19		21		9		11		10		9					
Percentage of Total	4.8		22.9		25.3		10.9		13.3		12.1		10.9		84.3	15.7		

In Schedule "E" hereunder comparative figures for a ten year period from 1975 - 1984 on all accidental and violent deaths are included.

SCHEDULE "E"

1975 - 1984

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	Average
MOTOR VEHICLE	187	181	166	173	210	180	146	176	108	137	166
BICYCLIST	17	7	4	4	5	7	6	2	3	8	6
PEDESTRIAN	45	49	41	55	44	43	40	26	17	27	39
DROWNING	51	66	40	30	42	43	37	33	20	26	39
AIRPLANE	4	2	5	1	5	6	-	1	2	2	3
FARM ACCIDENT	9	4	3	5	5	4	4	8	1	3	5
FIREARM ACCIDENT	-	-	-	1	4	6	5	1	3	7	3
HOMICIDE	16	17	13	27	10	10	15	13	10	16	15
INDUSTRIAL	25	13	8	13	14	11	7	10	7	15	12
SUICIDE	61	61	70	107	90	83	67	91	105	86	82
FIRE	36	31	41	45	27	31	17	16	15	25	28
SUDDEN INFANT DEATH	20	20	19	21	19	21	17	9	20	20	19
SNOWMOBILE	5	7	3	11	4	5	2	2	3	2	4
OTHER	60	55	41	65	62	79	57	56	33	49	56
TOTAL	536	513	461	558	541	530	419	444	347	423	477

... 19

(D) SUMMARY OF INQUESTS AND RECOMMENDATIONS

INQUEST NO. 1

On January 21 an inquest was held in Fredericton into the death of a 36 year old man who died in October of 1984 while assisting in loading pipe onto a flatbed trailer beside the roadway near Kingsclear.

The jury found that the death resulted from "cardiac arrest following electrocution". The manner of death was described as follows: "due to a combination of negligence by several parties and lack of knowledgeable supervision during clean up operations of the vehicle mishap, the man was electrocuted. Based on evidence presented the jury feels the death occurred when a crane boom appeared to come in contact with high voltage power conductors causing a direct path through the victim to ground".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the New Brunswick Electric Power Commission and the Occupational Health and Safety Commission were as follows:

1) "that the Government establish a better means of informing general contractors on the safety regulations concerned with work around high voltage electrical conductors;
2) during work around high voltage conductors, the general contractors be held responsible to ensure safety regulations be carried out as specified by the Occupational Safety Act; and

... 20

3) when N.B. Power is required on site during any clean-up operation they should provide supervision and recommendations if work is involved near any energized high voltage power conductor."

As the initial accident resulted from a load that was improperly secured on a tractor trailer, correspondence concerning the inquest as well as information on an earlier inquest held in 1984 and facts of a death in 1984 just off the Princess Margaret Bridge (both resulting from improper load securement) was sent to the Department of Transportation. The Department replied that the coroner conducting the inquest had been subsequently involved in meetings with Departmental officials and others concerning regulations dealing with proper securement of loads. It is to be noted that these regulations governing load securement, were filed March 1, 1985 and published in volume 143, March 13, 1985, The Royal Gazette.

INQUEST NO. 2

On January 21 an inquest was held in Hampton into the death of a 7 year old boy who died in November of 1984 at Smithtown after having been struck by a truck after he got off a school bus.

The jury found that the death resulted from "multiple injuries, fractured skull and contusion of the

brain". The manner of death was described as follows: "as a result of being struck and dragged by a motor vehicle causing multiple injuries and death to the deceased".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Department of Education and the Department of Transport were as follows:

1) "the feasibility of installing a switch, that automatically operates the overhead warning lights when the door is open, be examined, and that
2) further education of the children on safety crossing the highway when entering and leaving the school bus, be examined."

In addition the coroner conducting the inquest made the following recommendations:

1) "that there be an emergency number made available to the community and that
2) that a "blind knoll" sign be installed in the vacinity of the accident."

The Department of Transportation assessment of the location of the accident was that it was not a "blind knoll" situation nor was it a section of highway where a reduced speed zone could be justified. The Village of Hampton indicated that council would consider the feasibility of an emergency number implementation.

... 22

In respect to recommendations' of the jury, the Department of Transportation indicated that in conjunction with the Department of Education considerable educational programs and advertising on T.V. are done to promote the safety of children on school buses. Concerning recommendation 2, the Department of Transport indicated that there would be discussions with the Department of Education concerning flashing lights operating automatically when the door is open.

INQUEST NO. 3

On February 6 an inquest was held in Newcastle into the death of a 23 year old man who died in October of 1984 after having jumped from a loaded truck which went out of control on a hill on Beaverbrook Blvd., Newcastle.

The jury found that the death resulted from "head injuries" and described the manner of death as "accidental as a result of a motor vehicle accident".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Department of Transportation were as follows:

1) "that Beaverbrook Blvd. be properly signed as to designate a steep decline where a major intersection at bottom of hill;
2) that a compulsory stop for loaded trucks be located at the top of hill as shown on Exhibit D-1;

... 23

3) that an emergency off-ramp as designated in Exhibit C-1 be constructed south of intersection off Beaverbrook Blvd. and Industrial Park Rd.; and

4) that the sign indicating Newcastle Industrial Park, which is now located on the northeast corner of the intersection of Route 430 and Highway 8 be relocated."

A copy of the transcript of evidence as well as the exhibits mentioned in the recommendations were forwarded to the Department of Transportation. The Department replied that after the accident the matter of signing was investigated and action had been taken. Extra lanes were being considered but the Department indicated that it was questionable whether a safe design of the lanes suggested was possible. The Department also indicated that possible solutions were to be discussed with the municipality of Newcastle.

INQUEST NO. 4

On February 21 an inquest was held in Bathurst into the death of a 42 year old man who died in December of 1984 while being transported by the Bathurst Fire Department rescue unit to the Chaleur Regional Hospital from the Bathurst City Police lock-up.

The jury found that the death resulted from a "sudden cardiac arrest". The manner of death was described as by "natural causes".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the New Brunswick Police Commission, the City Administrator for Bathurst, and the Royal Canadian Mounted Police were as follows:

1) "that the fire rescue unit attendants of the City of Bathurst should have C.P.R. training;
2) that all firemen have qualified first aid training;
3) that an emergency plan, including communication between hospital and the Police Department should be formulated, describing the responsibilities of everybody;
4) that an incarceration form should be designed to include a question relating to the health and medication of a prisoner as such a form could have possibly saved the life of the deceased; and
5) that the jury wished to commend the R.C.M.P. officers for the way they treated the prisoner at all times."

The New Brunswick Police Commission replied that the matter of medical attention and the administration of medication for persons incarcerated in municipal lock-ups has been addressed in the Commission Manual concerning standards for municipal lock-ups.

The Chief of the Bathurst City Police forwarded copies of correspondence on the matter which indicated an effort to co-ordinate efforts where the Royal Canadian Mounted Police use the lock-up, such as in this case, and also to determine why emergency ambulance service had not been available on this occasion.

... 25

The Royal Canadian Mounted Police replied that their procedure for processing prisoners immediately after arrest would be amended to require full compliance with their incarceration form in respect to a prisoner's physical or mental condition, or need for medication.

INQUEST NO. 5

On February 27 an inquest was held in Saint John into the death of a 25 year old man who died in February of 1985 at the Saint John Regional Hospital after falling to the ground from a third story fire escape exit.

The jury found that the death resulted from "skull fractures and cerebral damage". The manner of death was described as follows: "while exiting the building via the fire escape. In our estimation the deceased was intoxicated at the time and lost his balance on the way down. It was obvious that the condition of the stairway and lighting contributed to the accident".

The recommendations of the jury, which were sent to the city manager of Saint John were as follows:

1) "that applicable codes be reviewed and either replaced or upgraded re fire exits on the outsides of buildings. In particular the exit area should be lighted, steel steps should be used preferable for these types of exits. Wooden stairs, if used, should be painted, reinforced and the rails should meet some type of regular building codes standards;

... 26

2) that in addition, buildings with wooden stairs should be inspected on a regular basis, and problem areas should be repaired;

3) that the building inspector should have the power to ensure and enforce the building code items; and

4) that in this particular case specific recommendations are: that the stairs be repaired, that the second floor door be locked to discourage use in this particular building, that the fire escape stairs be lighted, and that the tenants be informed re the use of the back stairs should be limited to fire escape purposes."

INQUEST NO. 6

On April 17 an inquest was held in Saint John into the death of a 21 year old woman who died in March of 1985 at the out-patients department of St. Joseph's Hospital.

The jury found that the death resulted from "status ashmaticus". The manner of death was described as by "natural causes".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Chief of the Saint John Police, the city manager and the Director for ambulance services for the Department of Health were as follows:

... 27

1) "that all "911" calls should be treated as an emergency and responded to;
2) that an intern should accompany the ambulance on emergency calls; and
3) that ambulance drivers should be more familiar with all areas of the city."

The Chief of the Saint John Police replied that there are several hundred calls a week on the "911" line of which over seventy-five percent are not in any way related to an emergency and could not be treated as such. The Chief indicated that the force would continue to give immediate response to any calls for assistance that may, in any way, be an emergency.

INQUEST NO. 7

On April 24 an inquest was held in Sussex into the death of an 88 year old woman patient of a nursing home who died in February of 1985 at the Sussex Health Centre.

The jury found the death resulted from "acute cardiac arrest". The manner of death was described as follows: "prolonged low blood sugar that caused greater medical problems and resulted in cardiac arrest".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the nursing home and the Minister of Health were as follows:

... 28

1) "that this jury does feel that the staff of the nursing home were not negligent in their care of the deceased. However, this jury does feel that professional medical advice should have been obtained as soon as it was recognized that the situation involving the patient, was not a routine medical problem. Therefore that we would recommend that

   i) advanced first-aid and C.P.R. training for all nursing home staff that have patient-resident contact; and that

   ii) all medical records and current history of nursing home residents to be maintained daily and immediately available in the resident's home.

2) that this jury makes the following recommendation to the Minister of Health: that an inspection of the nursing home be made to ensure that full compliance with the Nursing Home Act be adhered to."

The Minister of Health replied that the staff of the Nursing Home Services Division had been advised of the recommendations and would be assisting the nursing home to act upon them. Also a full inspection of the nursing home was completed in July, 1985 by a multidisciplinary team of consultants from Nursing Home Services.

... 29

INQUEST NO. 8

On May 15 and 16 an inquest was held in Bathurst into the death of a three year old boy who died after an operation at the Chaleur General Hospital.

The jury found that the death occurred in Moncton after a determination of brain death and "the subsequent removal of the respiratory device which was keeping him alive". The manner of death was described as follows: "from the amount of drugs administered during anaesthesia, and the failure to utilize other monitoring devices and methods available."

The recommendations of the jury, which were forwarded to all 27 hospitals with operating room facilities in the Province as well as the Minister of Health were as follows:

1) "that common drugs and equipment be standardized in each operating room at the hospital;
2) that all C.S.A. codes which apply be observed;
3) that routine monitoring be carried out, to include:
   a) pulse rate and volume
   b) tidal volume (estimate)
   c) respiratory rate
   d) stethoscope
   e) temperature
   f) pupil size (children)

... 30

g) E.C.G.

h) inspired oxygen concentration

i) airway pressure

j) vapor concentration;

4) that constant cardiac monitoring be carried out by E.C.G., pulse monitor, and/or stethoscope, to make known the earliest indication of cardiac complication;

5) that the hospital consider institution of minimum annual period of continuing medical education as a condition of privileges;

6) that the hospital establish a relationship with a hospital staff of certified specialists, to provide an assessment of the Anaesthesia Department at appropriate intervals, and an opportunity for staff to visit a larger hospital;

7) that the Anaesthesia Record be revised to allow a more complete charting of all events and drug doses during surgery;

8) that all unusual cases, especially those involving morbidity and mortality be reviewed by the Department;

9) that the extent of operating room contamination by T-Piece circuits be measured and minimized;

10) that the operating room nurses be encouraged to express any concern that they may have about a patient's condition during surgery;

... 31

11) that regular drills in cardio pulmonary resuscitation be held with anaesthesia, surgery and nursing staff; and

12) that the authority and responsibility of the Chief of Anaesthesia be clearly defined by the hospital in a written statement."

Compliance with the recommendations was immediately forthcoming from the Chaleur General Hospital and interest was shown from many other hospitals who received these recommendations.

As a result of this inquest an improved procedure for the investigation of perioperative deaths falling within the jurisdiction of the Coroners Branch has been developed and implemented with full co-operation of the hospitals with operating room facilities and other agencies responsible for the medical care system.

INQUEST NO. 9

On May 24, 1985 an inquest was held in Saint John into the death of a 13 year old boy which occurred in April, 1985.

The jury found that the death resulted from the boy being "struck by a VIA Rail coach on CN tracks at Rothesay". The jurors described the manner of death as "accidental".

... 32

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Railway Transport Commission, the Department of Transportation and CN were as follows:

1) "that the Canadian Transport Commission undertake to achieve a reduction in railway speeds in residential areas of N.B.;

2) that the C.N.R. immediately take the necessary steps to reduce speeds of VIA Rail to a maximum of 40 m.p.h. between Saint John and Rothesay, N.B;

3) that C.N.R. embark on a widely spread public awareness campaign through the various media and schools outlining the dangers to the public of being on tracks and equipment;

4) that C.N.R. police their facilities in densely populated areas especially on weekends;

5) that C.N.R. have their engineers report near-misses and people trespassing on tracks as a way of gauging appropriate action to prevent accidents in alerting the public to the danger; and

6) that the Provincial Government engage a public awareness campaign regarding dangers of "Walkman radios" and similar audio equipment."

... 33

The Railway Transport Commission replied that recommendation 2 would not avoid injury or possible fatality to a person on the track when it requires 620 feet to stop a train operating at this speed and, in addition, the recommendation was in opposition to the provincial government's request that passenger service in the Atlantic provinces be improved upon from station to station. The reply in respect to recommendation 3 was that it had been the CN's practice to make the public aware of the dangers of trespassing on the railway right-of-way through various means and noted, in particular, Operation Lifesaver, a crossing accident prevention campaign which has attempted over the past years to create a public awareness of the dangers mentioned. In reply to recommendation 4 it was noted that CN Police are continuously patrolling the right-of-way, but that this is a task that could not be the only solution to the problem considering the total trackage in use. In reply to recommendation 5 the attempt to set up such a program in the past was noted as was the lack of success in this regard, although the use of the near miss program as a means to highlight problem locations is being continued.

CN replied that the company shared the concern of the jury regarding injuries incurred by the public in the course of its operation. However, it was noted that unfortunate accidents continue to occur and will continue to occur as long as individuals voluntarily ignore the risk

... 34

associated with using a railway right-of-way as a pedestrian thoroughfare. It was also noted that several of the recommendations appear to be intended to make the railway right-of-way more accessible and safer to trespassers who are there in violation of the provisions of the railway right-of-way. In reply to recommendations 1 and 2 it was noted that the railway had been ordered to increase its passenger train speeds in various locations in the Maritime provinces so as to improve its service and that, furthermore, a moderate decrease in speed will have no bearing on reducing the potential of trespassers being injured, if they persist in that course of action. It was further noted in respect to recommendation 3 that CN has engaged in an ongoing safety campaign for many years, and as a result of this inquest, the campaign will be increased in the region and particularly in the areas of Saint John and Rothesay. Also concerning recommendation 4 CN police have been instructed to increase its police activity in the area in question to commence prosecuting trespassers found on railway right-of-ways. In respect to recommendation 5 appropriate individuals have been requested by the company to report all near-misses and trespasses on the right-of-way in order to maintain a record of information for future reference and appropriate action. Support was shown by the company for recommendation 6 with the caveat that such a campaign be broadened to include an

... 35

alert to the public as to the danger of trespassing on railway right-of-ways or failing to heed the normal safety precautions at public or private railway crossings.

The Department of Transportation replied that implementation of recommendation 6 would be accomplished by occasional spots in the safety campaign concerning dangers of the use of "walkman radios" and similar audio equipment on highways and railways.

INQUEST NO. 10

On June 3 an inquest was held in Saint John into the death of an 89 year old man who died in March of 1985 as a patient in the Ridgewood Veterans Wing of the Saint John Regional Hospital.

The jury found that the death resulted from "respiratory failure due to burn injury. The manner of death was described as follows: "setting himself on fire while attempting to light a cigarette".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the administrator of the Ridgewood Veterans Wing were as follows:

1) "that there be no smoking in rooms. Smoking permitted only in designated leisure rooms similar to the Saint John Regional Hospital;

2) that privilege should be reassessed by doctors or the head nurse when increasing patients' medication;
3) that upon removal of privileges all belongings should be inspected for tobacco products and periodically checked on a daily basis;
4) that no smoking signs be installed on bedroom doors;
5) that the fire retardant vest should be mandatory and enforced by all medical staff;
6) that a complete review of the alarm systems should be conducted to ensure it is adequate for the immediate identification of the affected location; and
7) that the staff should be informed of the complete workings of the alarm system (including the part-time staff) and be made aware of their individual responsibilities."

The hospital replied that the recommendations had been extensively reviewed and expressed regret that one of their patients had burned himself so severely that he died despite the best efforts of the institution. The hospital noted the need to maintain the substitute home aspect of Ridgewood with as much freedom for the residents to live as they want, so long as they are not a hazard to themselves or to others. In particular the hospital addressed the recommendations as follows, the exact wording of the reply being reproduced here.

... 37

1) "The smoking policy at the main hospital is presently under review, but at this time, the policy does permit patient smoking in their rooms with Head Nurse and Physician approval. At Ridgewood, which is a physically detached, self-contained nursing home, the situation is different because it is primarily a substitute home. Our present policy is "No smoking after lights out" in patient rooms, and a sign to this effect is posted in each room.

   At this time we are developing a policy which provides for patients to be categorized as "Non-Smoker," "Smoker-Independent" and "Smoker-Supervised". Independent smokers would be mentally competent and, we feel, should be permitted to smoke in the privacy of their room during the day if they wished. There would be only a few patients in this category. Most would be supervised, and our policy would provide for them to smoke only in plain view of staff at all times.

2) The policy we are developing would provide for an initial assessment on admission, reassessment monthly at least "or any time that a change in the patient's condition suggest that this should be done."

3) When the substitute home aspect of Ridgewood is considered, this recommendation could be viewed as somewhat invasive. We have the right and duty to search patient's belongings

... 38

if we believe they may be holding items which may be a hazard to themselves or others, but we do not believe it should be a daily routine. On an exceptional basis and with full knowledge (and consent if possible) of the patient, we do this now.

4) All patient rooms have had for some years a sign saying "No Smoking after Lights Out", as mentioned above in our response to 1. This is consistent with our proposal that a minority of fully competent smokers should be allowed to smoke in their rooms during the day.

5) All patients now wear a smoking vest when smoking, except for a very few vigorous objectors, who are instead strictly controlled and observed at all times. Before, the need for this was decided on an individual basis.

6) This was done in February 1984. As a result of this review, a smoke detection system was installed even though the building met code requirements. In the event, it proved to be "...adequate for the immediate identification of the affected location..." At the inquest, the Deputy Chief on duty at the time testified that the flames would take a matter of seconds to activate the smoke alarm which is wired directly to the Fire Station. He said his trucks would be on the scene 3-4 minutes later, but within one minute of the alarm sounding he received word by radio that the fire had been

... 39

extinguished. Our staff were guided to the proper zone by the annunciator panel at the nursing station, and then to the correct room by the light outside the door automatically activated by the system.
This response took a matter of seconds. We know of no system improvements which will materially improve this response time.

7) With respect to this recommendation, we point out that this fire was located and extinguished in an exemplary manner by part-time evening staff within a minute of the alarm sounding. We believe that both the mechanical and human side of our fire response was faultless. We credit this to progressive alterations in the alarm system, and regular comprehensive staff training."

INQUEST NO. 11

On July 18 an inquest was held in Richibucto into the death of a 40 year old man who died suddenly in June of 1985 after a period of prolonged drinking.

The jury found that the death resulted from "a heart attack". The manner of death was described as follows: "by fighting - he tired himself, and we feel that it was the cause of his death".

The jury made no recommendations.

... 40

INQUEST NO. 12

On August 14 an inquest was held in Saint John into the death of a 44 year old man who died at Boston, Massachusetts, in June of 1985 subsequent to an industrial accident in Saint John in May of 1985.

The jury found that the death resulted from "the body of the individual being severely burned" and the manner of death was described as "accidental".

The recommendations of the jury,, which were forwarded to the Occupational Health and Safety Commission, the Provincial Fire Marshall and the Department of Labour were as follows:

1) "we recommend in respect to any dismantling of any fuel lines or containers at any industrial bulk storage plants or similar buildings or sites which contain any type of fuels or combustible material, that before a hot work permit is issued that the Fire Marshall's Office be contacted and brought on site to determine if area is free of all gases and combustible material;
2) we recommend that the industrial safety and occupational hazard code be amended to read "that proper non-combustible clothing be worn at all times when any dismantling takes place at any industrial bulk storage or similar building where fuels or combustible materials may be contained"; and

... 41

3) we recommend that only certified tradesmen be used at industrial bulk storage plants or similar buildings when dismantling takes place where fuels or combustible material may be contained."

The Occupational Health and Safety Commission replied that recommendation 2 was brought to the attention of the Commission's Legislative Review Committee.

The Provincial Fire Marshall and the Department of Labour replied that the onus for inspection and issuance of hot work permits must rest with the plant's Occupational Health and Safety Officers and local authorities rather than the Provincial Fire Marhsall's Office due to the present workload and insufficient resources of the provincial office.

INQUEST NO. 13

On August 14 an inquest was held in Bathurst into the death of a two year old boy which occurred in April 1985 at the Chaleur Regional Hospital.

The jury found that the death resulted from "severe metabolic acidosis (ph 7.034) clinical dehydration marked".

The recommendations of the jury which were forwarded to the Chaleur Regional Hospital, the Department of Health and to the College of Physicians and Surgeons of New Brunswick were as follows:

... 42

1) "that any person who arrives at the emergency department of a hospital must be seen immediately by a health specialist to determine his condition before asking him to wait for the physician; and

2) that all prescriptions be written legibly by the physician."

The Department of Health replied that staff from the Department were reviewing the case with the hospital and they would be reporting to the Minister on what action should be taken relevant to the death and recommendations.

INQUEST NO. 14

On September 4 an inquest was held in Fredericton into the death of a 23 year old man who died in July of 1985 at the Mazerolle Settlement at the site of an open pit.

The jury found that the death resulted from "respiratory asphyxia". The manner of death was described as follows: "the deceased died after being buried alive, after part of the pit face collapsed on him. He was working in an area that was found to be unsafe due to the excavation practices in the pit".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Occupational Health and Safety Commission were as follows:

... 43

1) "that the New Brunswick Occupational Health and Safety Commission review present regulations for gravel pit operations in other provinces (primarily Ontario) with respect to amending the present regulations in New Brunswick. (Example Section 83 and 85 Ontario Occupational Health and Safety Act);

2) that the New Brunswick Occupational Health and Safety Commission increase their frequency of inspections for gravel pits; and

3) that the New Brunswick Occupational Health and Safety Commission should be more stringent in the enforcement of violations of the safety orders issued by the Commission."

The Commission replied that the three recommendations had been given careful examination with a view to possible action. In particular recommendation 1 will be implemented in regulations to be proclaimed in 1986. Recommendation 2 was already complied with and efforts to comply with recommendation 3 were being considered in light of the present resources of the Commission. The Commission indicated that notwithstanding the possibility of significant implementation of all three recommendations, it had to be noted that, as a regulatory and enforcement agency, the Commission would never have adequate resources to assume the role of full time safety "watch dog" at all hazardous workplaces and the onus is on employers and employees to comply with the health and safety legislation.

... 44

INQUEST NO. 15

On October 16 an inquest was held in Saint John into the death of an 18 year old girl who died in July of 1985 when a hydraneck low bed semitrailer detached from the tractor hauling it and crashed into the vehicle operated by the deceased.

The jury found that the death resulted from "head injury (cerebral hemorrhage and edema)". The manner of death was described as follows: "due to a motor vehicle accident".

The recommendations of the jury, which were forwarded to law enforcement agencies in the Province as well as all owners of this particular equipment were as follows:

1) "to have law enforcement agencies made aware of the manufacturers recommended modifications to older hydraneck low bed semitrailers manufactured by King Truck Engineering Ltd. and to inspect trailers for modifications;
2) hydraneck low bed semitrailers should be inspected by licensed mechanics twice yearly for wear on the hydraneck connection."

INQUEST NO. 16

On October 17 an inquest was held in Moncton into the death of an 11 year old girl who died in February of 1985 at a childrens' pool party at Howard Johnsons.

... 45

The jury found that the death resulted from "drowning", the manner of death being "accidental".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Motel and to the Department of Tourism, Recreation and Heritage were as follows:

1) "that a lifeguard should be on duty at all times when the pool is open and the pool lights should be left on at all times; and
2) that legislation be passed to have a qualified lifeguard on duty on all pools."

INQUEST NO. 17

On November 13 an inquest was held in Edmundston into the death of a 29 year old man who died in August of 1985.

The jury found that the death resulted "from falling a tree into a high tension wire". The manner of death was described as follows: "accidental death by electrocution with the major causes being 1) ignorance of consequences resulting from contact with a high tension wire, 2) lack of knowledge of procedures taken when work must be done close to high tension wires and 3) not being sufficiently informed on the regulations governed by the New Brunswick Health and Safety Commission.

The jury made no recommendations.

... 46

INQUEST NO. 18

On November 20 an inquest was held in Sussex into the death of a 47 year old man who died in August of 1985 at the Dennison Mines.

The jury found that the death resulted "while working on lip hole cover, the deceased lost his balance, stepped on a wooden plank inadequately secured and fell down chute #1 and met his death". The manner of death was described as "accidental".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the manager of the Dennison-Potacan Potash Company, the New Brunswick Health and Safety Commission were as follows:

1) "that the five point safety rules, outlined by Mr. Stewart Cowan, Safety Officer, Province of New Brunswick, be adhered to at all times at the work site;
2) written notice of these rules will be given to all employees at time of initial employment;
3) that supervisors make sure that all employees are aware of safety precautions and that they are enforced by superiors at all times;
4) no employees will be permitted to work at any site without using proper safety equipment;

... 47

5) that periodic safety seminars be held with mandatory attendance; and that

6) proper safety equipment be on hand at all times."

The New Brunswick Occupational Health and Safety Commission replied that significant steps had been taken by the company to reduce the likelihood of a recurrence.

The manager of the company replied that senior personnel from Canadian Mine Development Ltd. had reviewed the recommendations with local staff and agreed that the five point safety system should be utilized by all appropriate underground workmen. Compliance with recommendations 2, 3 and 5 would be forthcoming and that the other recommendations are their present practice and have been reinforced by the company since the death.

INQUEST NO. 19

On November 21 an inquest was held in Campbellton into the death of a 61 year old man which occurred in May of 1985 at the Restigouche Hospital Center.

The jury found that the death resulted from "skull fracture causing an intracranial hemorrhage". The manner of death was described as follows: "as a result of blows to the head which he inflicted upon himself in the dormitory and in the isolation room while he was not under surveillance.

... 48

The recommendations, which were forwarded to the hospital and also to the Department of Health and Community Services were as follows:

1) "increased surveillance during the first moments of the period in isolation and this must continue even during the one on one. This must include the vital signs and general behaviour of the patient.
2) an improvement in communication must be achieved between the guarding staff and the doctors in matters relating to the condition of the patients and any change in their behaviour. This is especially very important at the time when the teams change.
3) an improvement must be made in the contents of the records, as we have noticed that there is lack in this area.
4) the isolation room should be padded and arranged in such a way that patients would not be able to injury themselves. The bed should also be arranged in such a way that patients could not injure themselves."

The hospital replied with a very detailed document which described the planned compliance with the recommendations of the jury and explained where compliance was not feasible or possible.

QUATORZIÈME RAPPORT ANNUEL

DU

CORONER EN CHEF

DE LA

PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1985

DIVISION DES CORONERS

DIRECTION DU MAINTIEN DE L'ORDRE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

OFFICE OF THE CHIEF CORONER / BUREAU DU CORONER EN CHEF
York County Court House / Palais du justice du comté de York
Fredericton, New Brunswick / Fredericton, Nouveau-Brunswick

GRANT S. GARNEAU
Chief Coroner / Coroner en chef

DEPARTMENT OF JUSTICE
MINISTÈRE DE LA JUSTICE

L'honorable David R. Clark, c.r.
Ministre de la Justice
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le quatorzième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1985, en application de l'article 43 de la Loi sur les coroners.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma trés haute considération.

Grant S Garneau

GRANT S. GARNEAU
Coroner en chef
Province du Nouveau-Brunswick

TABLES DES MATIÈRES

		PAGE
A.	**SURVOL HISTORIQUE**	1
	Origine de la fonction de coroner	1
	Évolution de la fonction de coroner du Moyen-Age à nos jours	3
	L'expérience canadienne	6
B.	**LE SYSTÈME DE CORONERS DU NOUVEAU BRUNSWICK**	8
	Organisation	8
	Déclaration	9
	Pouvoirs d'investigation de la Direction des coroners	9
	But de l'investigation	11
	La décision de mener une enquête	11
	Résumé	12
C.	**RÉSUMÉ STATISTIQUE DES INVESTIGATIONS MENÉES A LA SUITE DE DÉCÈS**	14
	Tableau "A" - Nombres total décès signalés	15
	Tableau "B" - Morts accidentelles	15
	Tableau "C" - Suicides - selon le comté/ le sexe/l'âge	16
	Tableau "D" - Suicides - selon le moyens/ le sexe/l'âge	17
	Tableau "E" - Données comparatives (1975-1984)	18
D.	**RÉSUMÉ DES ENQUÊTES ET RECOMMANDATIONS**	19

A. SURVOL HISTORIQUE

Origine de la fonction de coroner

La fonction de coroner est la plus vieille institution du droit anglais, après celles de monarque et de shérif, et sa véritable origine est loin de faire l'unanimité. Mentionnée par écrit pour la première fois pendant le règne du roi Alfred (871-910), elle remonte probablement aux alentours de la conquête normande, époque où le coroner, sous le nouveau régime, vient à jouer un rôle important dans l'administration de la justice. Son évolution suit l'histoire juridique et constitutionnelle anglaise et les transformations qu'elle a subies depuis mille ans.

L'une des premières tâches du coroner consistait à enquêter sur les morts soudaines et inattendues. Au départ, et la même chose valait pour ses autres fonctions, il s'agissait essentiellement de protéger les intérêts financiers de la Couronne. A cet égard, le coroner devait établir la cause du décès; si le cadavre était celui d'un Normand, par opposition à un Anglo-Saxon, il fallait payer un impôt à la Couronne. Un jury aidait le coroner à établir ce fait et à déterminer s'il s'agissait d'un meurtre; dans l'affirmative, la ville ou le village était passible d'une amende supplémentaire si l'on ne pouvait repérer l'assassin. En revanche si ce dernier était arrêté et condamné, tous ses biens et possessions revenaient de droit à la Couronne sur confiscation par le coroner. En outre, si la première personne à

... 2

découvrir un cadavre omettait d'en aviser les autorités locales et que celles-ci n'avisaient pas à leur tour le coroner, la Couronne imposait alors une amende spéciale à la ville entière pour manquement à ses devoirs. Cette fonction particulière (établir la cause d'un décès), modifiée au fil des ans, est à la base de tous les systèmes de coroners en vigueur actuellement dans les juridictions de common law.

Les autres tâches du coroner étaient surtout administratives et ne revêtent plus aujourd'hui qu'un intérêt historique: il tenait les dossiers judiciaires de la Couronne; il percevait et conservait les recettes fortuites de la Couronne, notamment les objets personnels ayant été cause accidentelle de mort d'homme, les épaves de mer, les baleines, esturgeons et marsouins qui, échoués ou capturés près de la côte, appartenaient au souverain, les trésors découverts par le pur effet du hasard puis, finalement, les biens confisqués mentionnés ci-dessus; il entendait le serment de ceux et celles qui demandaient asile; il exerçait également un contrôle sur les fonctions de percepteur du shérif et devait remplacer ce dernier s'il était frappé d'incapacité pour cause de défaut ou d'opposition d'intérêts.

La diversité des fonctions de cet officier et leur évolution au cours de l'histoire se reflètent dans l'origine même du mot "coroner", qui serait dérivé du vocable anglo-français pour "couronne", "corouner". Néanmoins, son appellation

... 3

précise semble avoir varié de temps à autre. Pendant le règne de Richard 1er, il s'appelait "coronarius"; sous le roi Jean, par contre, il cédait la place à "coronator", car au début il avait la garde du rôle des actions en justice intentées par la Couronne. Selon sir Thomas Smith (1583), l'appellation provient du mot "crowner" ou "coronator", puisque le décès de n'importe quel sujet par acte de violence touchait la Couronne et lui était préjudiciable. Autrement dit, le coroner, indépendamment de l'orthographe et de la prononciation du terme, était en réalité le représentant local du souverain. Une remarque est digne d'intérêt ici: alors que le mot "coroner" (dans sa graphie actuelle) fit son apparition au XIVe siècle, le nom de "crowner" est en usage encore aujourd'hui dans le nord de l'Irlande et est utilisé vulgairement dans certaines régions d'Angleterre.

Évolution de la fonction de coroner du Moyen-Age à nos jours

La meilleure façon de retracer l'histoire et l'évolution de la fonction de coroner est de se reporter à la législation anglaise.

L'article 20 du code de justice de Eyre (1194) prévoit l'élection dans chaque comté de trois chevaliers et d'un clerc en tant que "gardiens du rôle des actions en justice intentées par la Couronne". A ce propos le coroner

... 4

doit habiter le comté ou la municipalité qu'il représente. L'autre condition de candidature, c'est sa richesse, que l'on considère sans doute comme une certaine garantie contre l'inconduite, infraction pour laquelle il risque de se faire confisquer ses terres et possessions par le roi. Comme cette fonction n'est pas rémunérée avant 1487, ses principaux attraits à l'origine sont probablement le prestige et le service public. Le coroner prête serment devant le shérif, a juridiction sur l'ensemble du comté et est nommé à vie durant bonne conduite. Il peut toutefois perdre son poste s'il accède à celui de shérif.

En 1276, pendant le règne d'Édouard 1er, est promulguée la loi intitulée De Officio Coronatonis. Cette loi énonce les fonctions d'enquêteur du coroner. Ainsi, sur sommation du huissier ou de tout autre honnête homme, le coroner doit se rendre sur les lieux d'un décès, pour ensuite convoquer les hommes de quatre villes avoisinantes qui vont former le jury. Cette loi pose pour la première fois les questions fondamentales auxquelles il faut répondre lorsque l'on enquête sur une mort non naturelle. Elles demeurent inchangées après sept siècles: Qui était la personne décédée? Comment, quand, où et par quel moyen est-elle morte?

L'avènement, en 1361, des juges de paix amorce la longue déchéance du rôle du coroner en matière criminelle. On a trouvé d'autres moyens de percevoir les recettes de la

... 5

Couronne et l'officier perd également ses fonctions de contrôleur des finances. En 1487, une loi prévoit le versement d'honoraires au coroner pour chaque enquête qu'il mène sur un décès soudain et non naturel. Comme le coroner est loin d'être populaire auprès des juges (qui l'avaient remplacé dans les causes criminelles), ceux-ci lui versent normalement le minimum prescrit. En conséquence, seuls les hommes de loi peu expérimentés ont tendance à accepter le poste. On se plaint souvent que le coroner procède à des enquêtes inutiles dans le seul souci d'arrondir ses maigres revenus. Chose étonnante, la fonction de coroner suivit malgré cette adversité et regagne même une certaine importance pendant la révolution industrielle. Ce regain d'intérêt pour la profession est attribuable dans une large mesure au nombre de plus en plus grand de décès soudains et non naturels. Par ailleurs, le coroner continue à s'occuper des suicides et des cas d'homicide douteux, quoique les juges de paix aient pris en mains les cas d'homicide manifeste.

En 1836, la loi anglaise est modifiée et le coroner peut dès lors rémunérer les médecins-experts à qui il demande avis. Ainsi, le coroner est davantage en mesure de se prononcer sur les cas d'homocide douteux, car il peut faire faire une autopsie. En sa qualité d'enquêteur médico-légal, il regagne une partie du prestige qu'il avait perdu en matière criminelle. Par ailleurs, son étroite association avec les experts jette

... 6

les bases du système actuel en Angleterre. En 1860, une autre loi vient renforcer cette nouvelle image de marque; en effet, le système d'honoraires cède la place à un système de salaires pour le coroner de comté. Puis, en 1887, une nouvelle loi exige la tenue d'une enquête chaque fois que le coroner a des raisons de croire qu'un décès est attribuable à un acte de violence ou à une cause non naturelle, ou encore que la cause du décès est inconnue. L'année 1888 marque un autre pas en avant: l'Angleterre remplace l'élection des coroners par un système de nominations.

D'autres changements viennent modifier le système. En 1926, le coroner perd une partie de ses pouvoirs judiciaires; en effet, il est tenu de mettre fin à son enquête sur les cas de meurtre, d'homicide involontaire ou d'infanticide dès mise en accusation. La même année, il n'est plus obligatoire de procéder à une enquête sur tout cas de décès dont la cause est inconnue. En 1977, les pouvoirs du coroner sont encore restreints et il n'a plus le droit de rendre un verdict de meurtre, d'homicide involontaire ou d'infanticide, fait qui lui enlève le droit de mise en accusation que lui donnait la common law.

... 7

L'expérience canadienne

Le coroner de common law fait son apparition outre-Atlantique très tôt, de sorte que chaque province et État s'est inspiré du modèle anglais.

Au Canada, la fonction est instituée avant que le système de common law, de qui elle participe, ne subisse les transformations qui modifient le rôle du coroner en Angleterre. Après la Confédération, l'enquête du coroner provincial sur les cas d'homicide est plus ou moins une enquête préliminaire. En 1892, le premier Code criminel ôte au coroner son pouvoir de mise en accusation. Dans le cas de certains verdicts, toutefois, la personne désignée nommément peut être mise sous garde et conduite devant un juge ou se voir astreinte à contracter un engagement de comparaître, mais on s'est rarement prévalu de cette disposition ces dernières années.

Chaque province et territoire du Canada a son propre système d'enquête sur les morts soudaines. Ceci dit, la plupart des provinces ont limité les pouvoirs du coroner à l'établissement de la responsabilité civile ou criminelle. Trois d'entre elles, à savoir l'Alberta, la Nouvelle-Ecosse et le Manitoba, ont maintenant un système d'expertise médicale. Terre-Neuve, de son côté, n'a pas de système de ce genre, ni même de coroners. Dans cette province, c'est un juge qui enquête sur les morts soudaines aux termes de la

... 8

loi sur les poursuites sommaires. Les autres provinces et les deux territoires ont pour leur part un système de coroners qui s'inspire, à des degrés divers, du modèle de la common law.

Le système en vigueur au Nouveau-Brunswick s'apparente étroitement à celui de la common law; le coroner peut se prononcer sur la responsabilité civile ou criminelle, mais il exerce rarement ce pouvoir dans les faits.

B. LE SYSTÈME DE CORONERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Organisation

Au Nouveau-Brunswick, la Direction des coroners relève de la Division de l'application des lois du ministère de la Justice, aux fins d'organisation et d'administration. Le coroner en chef est responsable de la surveillance générale du système. Son bureau est situé à Fredericton et il est assisté de quatre coroners de district directement responsables des activités à l'intérieur de régions désignées dont les bureaux se trouvent à Campbellton, Moncton, Saint John et Fredericton. En outre, tous les shérifs et shérifs adjoints sont coroners d'office, quoiqu'ils n'agissent pas tous à ce titre au sein du système. Actuellement, 36 employés à temps plein parmi eux sont coroners. Par ailleurs, un

certain nombre de coroners non juristes sont nommés et ils travaillent à l'acte pour un traitement purement nominal. Ils représentent un vestige nécessaire de l'ancien système des coroners en place avant 1971, lequel n'employait que des coroners non juristes. Cinq des 16 coroners non juristes sont médecins, ce qui, avant l'arrivée de pathologistes hautement qualifiés et compétents dans la province, était très avantageux pour le système. Les coroners non juristes continuent à dispenser un excellent service dans leur localité.

Déclaration

Dans la province, le seul cas où il n'est pas nécessaire d'aviser le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin dûment qualifié (sauf si la mort survient: (i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; (ii) de façon soudaine et inattendue; ou (iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une investigation. Par contre, la Direction des coroners doit examiner tous les décès qui lui sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et d'établir où, quand, comment et par quel moyen elle est décédée. Par conséquent, les coroners sont un élément essentiel de l'application des lois car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

... 10

Pouvoirs d'investigation de la Direction des coroners

Aux fins d'investigation, la Direction des coroners peut faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire médico-légal de Sackville), à un corps de police municipal et à la Patrouille routière du Nouveau-Brunswick, qui ont chacun leur domaine de compétence. En outre, comme certains des décès signalés comportent des éléments de criminalité, l'investigation relève quelquefois tant de la police que du coroner et exige par conséquent une étroite collaboration entre les deux. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes des laboratoires régionaux situés à Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston et Woodstock, de même qu'à ceux du toxicologue provincial qui se trouve à Saint John.

De plus, deux des pathologistes du laboratoire régional de Saint John ont accepté de fournir aux coroners, à partir du 1er janvier 1982, un service de médecine légale centralisé. Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme un cas de "type II", nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut maintenant utiliser le service susmentionné. Dans un cas semblable, le cadavre doit être transporté au laboratoire de Saint John pour l'autopsie. S'il y a lieu, le médecin légiste peut aussi aider le coroner

... 11

ou la police en se rendant sur les lieux du décès. Depuis longtemps, les deux pathologistes qui agissent à titre de médecins légistes manifestent un intérêt marqué pour la médecine légale et ont fait valoir leur compétence comme témoins experts tant au cours des enquêtes que des procès au criminel.

But de l'investigation

Le but de l'investigation du coroner a évolué au fil des ans. Pendant de nombreuses années, on s'est attaché principalement à rechercher la cause médicale réelle du décès, à l'exclusion de presque tous les autres éléments. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi bien d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et dans bien des cas, elles obligent à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique. Il faut donc quelquefois que le coroner ordonne la tenue d'une enquête même si la cause du décès est connue.

La décision de mener une enquête

Une des décisions les plus difficiles que doit prendre le coroner est de savoir s'il y a lieu ou non de mener

... 12

une enquête. A l'origine, l'enquête faisait partie des fonctions du coroner dans tous les cas dont il s'occupait. A la longue, cependant, la common law a évolué au point où la décision de mener une enquête a fini par relever uniquement du coroner.

Dans certaines circonstances, un coroner local, le coroner en chef ou le ministre de la Justice peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès, ce qui a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreuses causes de décès par mort violente ou accidentelle. L'enquête est aussi importante du fait qu'elle met l'accent sur des situations où il est possible d'intervenir pour empêcher que des événements semblables ne se reproduisent. A cette fin, les coroners se doivent d'examiner attentivement toutes les circonstances entourant les morts violentes ou accidentelles afin de procéder à une enquête si cela se révèle utile. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans des circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations du jury aux personnes, organismes et ministères concernés. Il ne peut forcer quelque particulier ou organisme que ce soit à donner suite aux recommandations. Cependant, certaines d'entre elles sont mises en oeuvre d'une façon ou d'une autre, sans doute

... 13

par crainte des organismes concernés, de se retrouver dans une situation fort embarrassante s'il advenait qu'un deuxième décès survienne dans des circonstances semblables et qu'on ait négligé de prendre les mesures voulues pour corriger la situation à l'origine du premier décès.

Résumé

La Direction des coroners mène une investigation dans 35 % à 40 % des quelques 5 000 décès qui surviennent chaque année dans la province. Un pourcentage élevé des décès soumis à une investigation sont dus à des causes naturelles. Le coroner fait faire une autopsie dans moins de 40 % des cas et ordonne une enquête dans environ 1 % des décès qui font l'objet d'une investigation. Plus de 90 % des investigations sont actuellement menées par des coroners d'office qui travaillent à temps plein pour la Direction des shérifs.

Je tiens à remercier tous les organismes d'application de la loi et les organismes connexes pour la collaboration et l'aide qu'ils ont apportées au cours des investigations des coroners. Ce sentiment de gratitude s'étend aussi à tous les coroners, qui ont fait preuve, une fois encore, de beaucoup de dévouement et de professionnalisme dans des circonstances souvent pénibles.

C) RÉSUMÉ STATISTIQUE DES INVESTIGATIONS MENÉES À LA SUITE DE DÉCÈS

Depuis le 1er janvier 1985, les décès signalés à la Division des coroners et sur lesquels celle-ci doit faire une investigation sont classés dans cinq catégories bien distinctes : les accidents, les suicides, les homicides, les morts naturelles et les décès d'origine inconnue.

La catégorie des "accidents" englobe tous les décès accidentels, y compris ceux impliquant des véhicules à moteur sans qu'il existe d'intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un. Ainsi, une personne en état d'ébriété qui cause la mort de quelqu'un dans un accident de la route pourra être accusée de négligence criminelle, mais le coroner parlera tout de même d'accident.

La catégorie des "suicides" englobe tous les cas évidents de suicide.

La catégorie des "homicides" englobe tous les cas évidents d'homicide, sauf si un véhicule à moteur est impliqué et qu'il n'existe aucune intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un.

La catégorie des "morts naturelles" englobe tous les décès survenus à la suite d'une maladie ou attribuables à des causes naturelles.

La catégorie des "décès d'origine inconnue" englobe les cas où il est impossible de déterminer s'il s'agit de l'une ou l'autre des quatre catégories décrites ci-dessus. Les coroners se doivent évidemment de tout faire pour n'en arriver à cette conclusion qu'en dernier ressort. Un exemple de cas difficile qui pourrait être classé dans ce groupe serait celui d'une surdose de drogue où il est impossible de décider s'il s'agit d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.

.../15

Comme l'indique le tableau "A" ci-dessous, le nombre total de décès signalés à la Division des coroners et sur lesquels celle-ci a fait une investigation s'élevait à 1 773 pour l'année, dont 1 427 dus à des causes naturelles.

TABLEAU "A" 1985

Catégorie de décès	Nombre de décès	Autopsies
Accidents	246	162
Suicides	83	53
Homicides	15	15
Morts naturelles	1 427	415
Décès d'origine inconnue	2	2
TOTAL	1 773	647

Le tableau "B" ci-dessous présente des données sur les 246 morts accidentelles survenues durant l'année.

ACCIDENTS - TABLEAU "B" 1985

Cause du décès	Nombre de décès	Autopsies
Accidents de véhicule à moteur	84	56
Accidents de motocyclette	13	8
Accidents de véhicule tous terrains	10	5
Accidents de motoneige	2	1
Accidents de bicyclette	2	1
Piétons morts accidentellement	28	16
Accidents à la ferme	2	-
Accidents du travail	12	9
Incendies	27	20
Accidents d'arme à feu	4	3
Surdoses de drogue	14	12
Noyades	30	21
Autres	18	10
TOTAL	246	162

.../16

Le tableau "C" ci-dessous présente des données sur les 83 suicides survenus durant l'année, selon le sexe, l'âge et le comté.

SUICIDES

TABLEAU "C" 1985

COMTÉ	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		71 et plus		Total (Hommes)	Total (Femmes)	Total par comté	Pourcentage de suicides
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F				
ALBERT									1		1				2		2	2,4
CARLETON					1										1		1	1,2
CHARLOTTE			1								1		1		3		3	3,6
GLOUCESTER			2		1	1			1		1		2		7	1	8	9,6
KENT													1		1		1	1,2
KINGS			2	1	4			1	1		1		3		11	2	13	15,7
MADAWASKA					2		1		4	1	2		1		10	1	11	13,3
NORTHUMBERLAND			1		1						1				3		3	3,6
QUEENS									1						1		1	1,2
RESTIGOUCHE					2				1						3		3	3,6
SAINT JOHN			3		1								1		5		5	6,0
SUNBURY							2								2		2	2,4
VICTORIA							1								1		1	1,2
WESTMORLAND 4			5	2	3		3		1						16	2	18	21,7
YORK			2	1	3	1		1			3				8	3	11	13,3

Le tableau "D" ci-dessous présente des données sur les moyens utilisés, selon l'âge et le sexe de la victime.

SUICIDES

TABLEAU "D" 1985

MOYEN	0 - 19		20 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		71 et plus		Total (Hommes)	Total (Femmes)	Total partiel	Pourcentage du total
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F				
Arme à feu	1		6	1	14	1	4	1	6		6	1	6		43	4	47	56,6
Pendaison	1		3	2	2		1		2		1				10	2	12	14,5
Surdose de drogue	1			1	1	1									2	2	4	4,8
Empoisonnement au monoxyde de carbone	1		1	1				1			1		1		4	2	6	7,2
Noyade			1		1			1	1			1	2		5	2	7	8,4
Autre			2	1	1		1		2						6	1	7	8,4
Total	4		13	6	19	2	6	3	11		8	2	9		70	13	83	
Hommes	4		13		19		6		11		8		9		70			
Femmes			6		2		3				2					13		
Nombre par groupe d'âge	4		19		21		9		11		10		9					
Pourcentage du total	4,8		22,9		25,3		10,9		13,3		12,1		10,9		84,3	15,7		

Le tableau "E" ci-dessous présente des données comparatives sur les morts accidentelles et violentes survenues de 1975 à 1984.

TABLEAU "E"

1975 à 1984

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	Moyenne
Accidents de véhicule à moteur	187	181	166	173	210	180	146	176	108	137	166
Accidents de bicyclette	17	7	4	4	5	7	6	2	3	8	6
Piétons morts accidentellement	45	49	41	55	44	43	40	26	17	27	39
Noyades	51	66	40	30	42	43	37	33	20	26	39
Accidents d'avion	4	2	5	1	5	6	-	1	2	2	3
Accidents à la ferme	9	4	3	5	5	4	4	8	1	3	5
Accidents d'arme à feu	-	-	-	1	4	6	5	1	3	7	3
Homicides	16	17	13	27	10	10	15	13	10	16	15
Accidents du travail	25	13	8	13	14	11	7	10	7	15	12
Suicides	61	61	70	107	90	83	67	91	105	86	82
Incendies	36	31	41	45	27	31	17	16	15	25	28
Morts subites d'enfant sans cause apparente	20	20	19	21	19	21	17	9	20	20	19
Accidents de motoneige	5	7	3	11	4	5	2	2	3	2	4
Autres	60	55	41	65	62	79	57	56	33	49	56
TOTAL	536	513	461	558	541	530	419	444	347	423	477

.../19

ENQUÊTE N° 1

Une enquête a été menée le 21 janvier à Fredericton par suite du décès d'un homme de 36 ans survenu en octobre 1984. La victime aidait au chargement de tuyaux sur une remorque à plate-forme en bordure de la route, près de Kingsclear.

Le jury du coroner a conclu que l'homme avait succombé à un arrêt cardiaque provoqué par un choc électrique, dans les circonstances suivantes : "Étant donné la négligence de plusieurs parties et l'absence de supervision pendant l'opération de nettoyage rendue obligatoire par suite de l'accident du véhicule, l'homme a été électrocuté. Compte tenu des témoignages présentés, le jury est d'avis que le décès est survenu du fait que la flèche de grue est entrée en contact avec des conducteurs à haute tension, fournissant ainsi au courant électrique un chemin direct à travers la victime jusqu'au sol."

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées à la Commission d'énergie électrique du Nouveau-Brunswick et à la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail, étaient :

1) "que le gouvernement se dote d'un meilleur mécanisme pour renseigner les entrepreneurs généraux sur les prescriptions à respecter en matière de sûreté lorsqu'ils ont à travailler avec des conducteurs à haute tension;
2) "que les entrepreneurs généraux soient tenus de faire respecter les prescriptions de la Loi sur la sécurité du travail en matière de sûreté lorsqu'ils ont à travailler avec des conducteurs à haute tension;

.../20

3) "que la Commission d'énergie électrique du Nouveau-Brunswick, lorsque sa présence est requise pendant une opération de nettoyage, assure la supervision et fasse les recommandations appropriées si les travaux doivent se faire à proximité de conducteurs à haute tension."

Comme l'accident initial s'est produit en raison d'un chargement mal attaché sur une remorque à plate-forme, on a écrit au ministère des Transports au sujet de l'enquête et on lui a fourni des renseignements sur une autre enquête menée en 1984 et sur les circonstances d'un décès survenu la même année aux abords du pont Princess Margaret (dans les deux cas, il s'agissait d'un chargement mal attaché). Le ministère a répondu que le coroner chargé de l'enquête avait rencontré à plusieurs reprises des représentants du ministère, entre autres, au sujet des règlements sur l'immobilisation adéquate des chargements. Il est à signaler ici que ces règlements ont été déposés le 1er mars 1985 et publiés dans l'édition du 13 mars 1985 de la Gazette royale, volume 143.

ENQUÊTE N° 2

Une enquête a été menée le 21 janvier à Hampton par suite du décès d'un garçon de 7 ans survenu en novembre 1984 à Smithtown. L'enfant avait été écrasé par un camion à sa descente d'un autobus scolaire.

Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé à des blessures multiples, à une fracture du crâne et

.../21

à une contusion cérébrale, dans les circonstances suivantes : "Après l'avoir frappée, le véhicule a traîné la victime sur la route, lui infligeant des blessures multiples qui ont causé sa mort."

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées aux ministères de l'Éducation et des Transports, étaient :

1) "que l'on envisage d'installer un commutateur qui actionnerait automatiquement les signaux lumineux de l'autobus lorsque la porte s'ouvre; et
2) "que l'on étudie la possibilité de renseigner davantage les enfants sur les précautions à prendre à la montée et à la descente d'un autobus scolaire, lorsqu'il y a une route à traverser."

En outre, le coroner chargé de l'enquête a recommandé :

1) "que l'on assigne un numéro de téléphone d'urgence à la localité; et
2) "que l'on installe un panneau signalant la présence d'un monticule sans visibilité dans le voisinage de l'accident."

Le ministère des Transports, après avoir inspecté le lieu de l'accident, a conclu qu'il n'y avait aucun monticule sans visibilité à cet endroit et qu'il n'y avait aucune raison pour que l'on réduise la limite de vitesse sur ce tronçon de route. Le village de Hampton a signalé que le conseil municipal étudierait la possibilité de se doter d'un numéro de téléphone d'urgence.

.../22

Concernant les recommandations du jury, le ministère des Transports a fait remarquer qu'il procédait déjà à des campagnes de publicité télévisées et à des programmes de sensibilisation intensifs pour promouvoir la sécurité des enfants qui prennent l'autobus scolaire, en collaboration avec le ministère de l'Éducation. Pour ce qui est de la deuxième recommandation, il a indiqué qu'il discuterait avec le ministère de l'Éducation de l'installation d'un commutateur qui actionnerait automatiquement les signaux lumineux de l'autobus dès que la porte s'ouvre.

ENQUÊTE N° 3

Une enquête a été menée le 6 février à Newcastle par suite du décès d'un jeune homme de 23 ans survenu en octobre 1984. La victime avait dû sauter d'un camion chargé dont il avait perdu la maîtrise en descendant une côte sur le boulevard Beaverbrook, à Newcastle.

Le jury du coroner a conclu que le décès était attribuable à des blessures à la tête et qu'il s'agissait d'une mort accidentelle survenue par suite d'un accident de véhicule à moteur.

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au ministère des Transports, étaient :

1) "que l'on installe des panneaux de signalisation sur le boulevard Beaverbrook indiquant l'existence d'une côte abrupte et la présence d'un croisement important au bas de celle-ci;

2) "que l'on prévoie un arrêt obligatoire en haut de la côte à l'intention des camions chargés, comme l'indique la pièce à conviction D-1;

.../23

3) "que l'on construise une bretelle d'urgence au sud du croisement du boulevard Beaverbrook et du chemin Industrial Park, comme l'indique la pièce à conviction C-1; et

4) "que le panneau annonçant le parc industriel de Newcastle, qui se trouve actuellement au coin nord du croisement des routes 430 et 8, soit placé ailleurs."

Des copies des témoignages et des pièces à conviction susmentionnées ont été transmises au ministère des Transports, qui a répondu que des mesures avaient été prises à propos des panneaux depuis l'accident. Il envisage également de construire des voies additionnelles, mais il doute qu'il soit possible d'en arriver à un tracé acceptable des voies suggérées sur le plan de la sécurité. Le ministère a également indiqué qu'il discuterait de solutions possibles avec la municipalité de Newcastle.

ENQUÊTE N° 4

Une enquête a été menée le 21 février à Bathurst par suite du décès d'un homme de 42 ans survenu en décembre 1984. La victime se faisait transporter du quartier de détention provisoire de Bathurst à l'hôpital régional Chaleur par l'équipe de sauvetage du service d'incendie de l'endroit.

Le jury du coroner a conclu que la mort était attribuable à un arrêt brusque du coeur et qu'il s'agissait d'une mort naturelle.

.../24

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées à la Commission de police du Nouveau-Brunswick, à l'administrateur municipal de Bathurst et à la Gendarmerie royale du Canada, étaient :

1) "que les membres de l'équipe de sauvetage du service d'incendie de Bathurst soient tenus de suivre des cours de réanimation cardio-respiratoire;
2) "que tous les pompiers soient obligés d'obtenir une formation reconnue en premiers soins;
3) "que l'on élabore un plan d'urgence comprenant des modalités de communication entre l'hôpital et le service de police et exposant les responsabilités de chacun;
4) "que l'on prépare une formule d'incarcération comportant une question sur la santé du détenu et les médicaments qu'il prend, car une telle formule aurait peut-être pu sauver la vie de la victime; et
5) "que le jury félicite les agents de la GRC pour leur comportement à l'égard du détenu."

La Commission de police du Nouveau-Brunswick a répondu que la question des soins médicaux et de l'administration de médicaments aux personnes détenues dans les quartiers de détention provisoire relevant des municipalités était traitée dans le manuel des normes de la Commission, à la rubrique des quartiers de détention provisoire.

Le chef de police de Bathurst a également fait parvenir des copies de toute la correspondance échangée sur la question, laquelle prouve que des efforts ont été faits pour coordonner les activités des parties intéressées lorsque la GRC a recours à un quartier de détention provisoire, comme c'était le cas ici, et aussi pour déterminer pourquoi on n'avait pas fait appel au service d'ambulance d'urgence.

.../25

La Gendarmerie royale du Canada a répondu pour sa part qu'elle modifierait sa façon de faire à l'avenir. Ainsi, au lieu d'incarcérer les détenus immédiatement après leur arrestation, elle respectera complètement désormais la formule d'incarcération en ce qui a trait à l'état physique ou mental de l'intéressé ou encore aux médicaments qu'il doit prendre.

ENQUÊTE N° 5

Une enquête a été menée le 27 février à Saint John par suite du décès d'un homme de 25 ans survenu en février 1985 à l'hôpital régional de Saint John. La victime était tombée de la sortie de secours du deuxième étage de l'édifice.

Le jury du coroner a conclu que la mort était due à des fractures du crâne et à des lésions cérébrales subies dans les circonstances suivantes : "La victime sortait de l'édifice par la sortie de secours. D'après nous, elle était ivre et a perdu l'équilibre en descendant l'escalier. Il est évident que l'état de l'escalier et l'éclairage ont contribué à l'accident."

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au gestionnaire municipal de Saint John, étaient :

1) "que l'on révise les codes en vigueur en matière de sorties de secours extérieures et qu'on les remplace ou les améliore. En particulier, la sortie devrait être éclairée et les marches devraient être en acier dans ces cas-là. Si l'on décide par contre d'utiliser des marches en bois, celles-ci devraient être peintes et renforcées, et les rampes devraient respecter certaines normes de construction établies;

2) "que l'on inspecte régulièrement les édifices dotés d'escaliers en bois et que l'on procède aux réparations qui s'imposent;

3) "que l'inspecteur des bâtiments soit autorisé à faire respecter le code du bâtiment; et

4) "que, dans le cas présent, l'escalier soit réparé, la porte du premier étage soit verrouillée pour en empêcher l'utilisation, l'escalier de la sortie de secours soit éclairé et les gens soient informés que l'escalier d'en arrière ne doit servir qu'en cas d'incendie."

ENQUÊTE N° 6

Une enquête a été menée le 17 avril à Saint John par suite du décès d'une femme de 21 ans survenu en mars 1985 au service de consultation externe de l'hôpital Saint-Joseph.

Le jury du coroner a conclu que la mort était attribuable à une attaque d'asthme et qu'il s'agissait d'une mort naturelle.

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au chef de police de Saint John, au gestionnaire municipal et au directeur des Services d'ambulance du ministère de la Santé, étaient :

.../27

1) "que tous les appels "911" soient considérés comme des urgences et traités en conséquence;
2) "qu'un interne accompagne l'ambulance lorsqu'il y a un appel d'urgence; et
3) "que les chauffeurs d'ambulance connaissent mieux les différents secteurs de la ville."

Le chef de police de Saint John a répondu que plusieurs centaines de personnes par semaine se servaient de la ligne "911" et que plus de 75 % de ces appels n'avaient rien d'urgent, d'où l'impossibilité de les traiter comme tels. Il a ajouté que son service continuerait de répondre immédiatement à tout appel à l'aide qui ressemble de quelque façon que ce soit à une urgence.

ENQUÊTE N° 7

Une enquête a été menée le 24 avril à Sussex par suite du décès d'une pensionnaire d'un foyer de soins âgée de 88 ans survenu en février 1985 au Sussex Health Center.

Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé à un arrêt cardiaque aigü provoqué par une période prolongée d'hypoglycémie, elle-même exacerbée par des problèmes médicaux encore plus graves.

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au foyer de soins et au ministre de la Santé, étaient formulées comme suit :

.../28

1) "que le présent jury est d'avis que le personnel du foyer de soins n'a fait preuve d'aucune négligence à l'égard de la victime. Cependant, il pense qu'il lui aurait fallu consulter un médecin dès qu'on s'est aperçu que la patiente ne souffrait pas d'un problème médical ordinaire. Il est donc recommandé que :

   (i) tout le personnel des foyers de soins ayant affaire aux pensionnaires soit tenu de suivre des cours avancés de premiers soins et de réanimation cardio-respiratoire; et que

   (ii) tous les dossiers médicaux des pensionnaires des foyers de soins soient mis à jour sur une base quotidienne et qu'on puisse les consulter rapidement sur place.

2) "que le présent jury fait la recommandation suivante au ministère de la Santé : que l'on procède à l'inspection du foyer de soins concerné pour s'assurer qu'il ne contrevient en rien à la Loi sur les foyers de soins."

Le ministre de la Santé a répondu que le personnel de la Division des services de foyers de soins avait été saisi des recommandations ci-dessus et qu'il aiderait le foyer à y donner suite. Par ailleurs, une inspection complète du foyer a été effectuée en juillet 1985 par une équipe pluridisciplinaire de conseillers des Services de foyers de soins.

.../29

ENQUÊTE N° 8

Une enquête a été menée les 15 et 16 mai à Bathurst par suite du décès d'un garçon de trois ans survenu après une intervention chirurgicale pratiquée à l'hôpital général Chaleur.

Le jury du coroner a conclu que l'enfant était décédé à Moncton après constatation de la mort cérébrale du patient par les autorités, qui ont alors décidé de débrancher l'appareil respiratoire qui le gardait en vie. Le décès est attribuable à la dose de médicaments administrée pendant l'anesthésie et au fait que l'on n'a pas eu recours à d'autres appareils ou méthodes de contrôle.

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées aux 27 hôpitaux de la province qui sont dotés de salles d'opération et au ministre de la Santé, étaient :

1) "que les médicaments et le matériel usuels soient uniformisés dans toutes les salles d'opération de l'hôpital;

2) "que les codes applicables de l'Association canadienne de normalisation (ACNOR) soient respectés;

c) "que l'on procède à des contrôles réguliers en s'arrêtant notamment aux éléments ci-après :

   a) le volume et la fréquence du pouls
   b) le volume courant (approximation)
   c) la fréquence respiratoire
   d) l'examen au stéthoscope
   e) la température
   f) la taille de la pupille (enfants)

.../30

g) l'électrocardiogramme

h) la concentration d'oxygène inspirée

i) la pression des voies aériennes

j) l'humidité absolue

4) "que l'on surveille constamment l'activité cardiaque au moyen d'un électrocardiogramme, d'un appareil à tester le pouls ou d'un stéthoscope, afin de déceler tout signe de complication cardiaque;

5) "que l'hôpital songe à obliger le personnel concerné à suivre un minimum de cours de perfectionnement en médecine chaque année s'il veut conserver ses privilèges;

6) "que l'hôpital s'assure les services de spécialistes agréés dont le mandat serait d'évaluer le service d'anesthésie à intervalles réguliers et qu'il offre à son personnel l'occasion de visiter un plus gros hôpital;

7) "que le dossier anesthésique soit révisé de façon à permettre un meilleur compte rendu de tout ce qui se passe durant l'intervention chirurgicale de même que des médicaments administrés à ce moment;

8) "que le ministère fasse enquête sur tous les cas inusités, particulièrement s'il est question de morbidité ou de mortalité;

9) "que l'on mesure le taux de contamination de la salle d'opération par les circuits de pièces sécrétoires et qu'on veille à le réduire;

10) "que l'on encourage les infirmiers et infirmières de la salle d'opération à signaler toute inquiétude qu'ils pourraient nourrir au sujet de l'état d'un patient pendant une intervention chirurgicale;

.../31

11) "que les anesthésistes, les chirurgiens et le personnel infirmier soient tenus de participer régulièrement à des exercices de réanimation cardio-respiratoire; et

12) "que l'hôpital définisse clairement, dans un énoncé écrit, les pouvoirs et les responsabilités du chef du service d'anesthésie."

L'hôpital général Chaleur a immédiatement donné suite aux recommandations et de nombreux autres hôpitaux qui en avaient reçu copie ont indiqué leur intérêt à leur égard.

Depuis la tenue de l'enquête, on a élaboré et mis en oeuvre une meilleure procédure d'investigation pour les décès périopératoires relevant de la Division des coroners, avec la collaboration entière des hôpitaux dotés de salles d'opération et d'autres organismes oeuvrant au sein du réseau médico-hospitalier.

ENQUÊTE N° 9

Une enquête a été menée le 24 mai à Saint John par suite du décès d'un garçon de 13 ans survenu en avril 1985.

Le jury du coroner a conclu que la victime était décédée après s'être fait frapper par un wagon de Via Rail à Rothesay, et qu'il s'agissait d'un accident.

.../32

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au Comité des transports par chemin de fer, au ministère des Transports et au CN, étaient :

1) "que la Commission canadienne des transports réduise les limites de vitesse dans les zones résidentielles du Nouveau-Brunswick;

2) "que le CN prenne dès à présent les mesures nécessaires pour que Via Rail diminue la vitesse de ses trains à 40 milles à l'heure au maximum entre Saint John et Rothesay, au Nouveau-Brunswick;

3) "que le CN lance une grande campagne de sensibilisation dans les médias et dans les écoles afin d'attirer l'attention de la population sur les dangers que représentent les voies ferrées et le matériel;

4) "que le CN surveille ses installations dans les régions très populeuses, particulièrement la fin de semaine;

5) "que le CN demande à ses ingénieurs de lui signaler tous les cas où un accident a failli se produire et tous les cas d'intrusion sur la voie ferrée, ce qui lui permettrait d'évaluer les mesures à prendre pour éviter les accidents, en prévenant le public du danger; et

6) "que le gouvernement provincial lance une campagne de sensibilisation aux risques que posent les baladeurs ou Walkman et les autres appareils audio du genre."

.../33

Le Comité des transports par chemin de fer a répondu que la recommandation 2 n'empêcherait aucunement qu'une personne soit blessée ou même tuée sur la voie ferrée, car un train roulant à cette vitesse a besoin de 620 pieds pour s'arrêter. Par ailleurs, cette recommandation va à l'encontre de la demande du gouvernement provincial, qui veut que les compagnies ferrovières améliorent leurs services de voyageurs dans les provinces de l'Atlantique. Quant à la recommandation 3, le comité a répondu que le CN avait déjà tenté par divers moyens de sensibiliser le public aux dangers qu'il y a à emprunter l'emprise du chemin de fer. Il a signalé notamment l'Opération Garautrain, campagne de prévention des accidents de la voie ferrée mise en oeuvre ces dernières années pour sensibiliser la population aux dangers susmentionnés. À la recommandation 4, on a répondu que le service de police du CN patrouillait régulièrement l'emprise du chemin de fer, mais que cela ne peut suffire à régler le problème, étant donné la longueur de voie ferrée à surveiller. À la recommandation 5, on a signalé qu'on avait déjà essayé par le passé d'instaurer un tel programme, mais sans succès. Cependant, on continue d'utiliser un programme du genre pour mettre l'accent sur les endroits qui posent des problèmes.

Le CN a pour sa part répondu que la compagnie partageait l'inquiétude du jury concernant les blessures subies par la population à cause de ses activités. Cependant, on a signalé que des accidents se produisaient toujours et continueraient de se produire tant et aussi longtemps que les

.../34

gens refuseront de reconnaître le danger que pose l'utilisation d'une emprise du chemin de fer comme passage pour piétons. On a aussi fait remarquer que plusieurs des recommandations semblent avoir pour objectif de rendre ces emprises plus faciles d'accès et plus sûres pour les intrus qui contreviennent aux dispositions les régissant. En réponse aux recommandations 1 et 2, on a indiqué que la compagnie avait reçu l'ordre d'augmenter la vitesse de ses trains de voyageurs à divers endroits des provinces Maritimes afin d'améliorer le service et que, par ailleurs, une légère diminution de la vitesse ne suffirait pas à réduire les risques de blessures pour les intrus si ces derniers persistent dans leur comportement. Concernant la recommandation 3, le CN poursuit une campagne de sécurité depuis de nombreuses années et, en conséquence de la présente enquête, intensifiera ses efforts à cet égard dans la région, notamment aux alentours de Saint John et de Rothesay. Pour ce qui est de la recommandation 4, le service de police du CN a reçu l'ordre d'intensifier ses activités dans la région concernée et de poursuivre en justice les intrus qui empruntent les emprises du chemin de fer. Par suite de la recommandation 5, la compagnie a demandé aux personnes concernées de lui signaler tous les cas où un accident a failli se produire et tous les cas d'intrusion sur les emprises, ce qui lui permettra de créer une base de données utile pour l'avenir et de prendre les mesures

.../35

qui s'imposent. La compagnie a par ailleurs exprimé son appui à l'égard de la recommandation 6, et a même proposé que la campagne en question soit élargie pour inclure un avertissement sur le danger que courent les personnes qui empruntent les emprises du chemin de fer ou qui refusent de respecter les règlements de sécurité habituels aux passages à niveau publics ou privés.

Le ministère des Transports a répondu pour sa part que l'on donnerait suite à la recommandation 6 en insérant dans la campagne de sécurité quelques messages sur les dangers que pose l'utilisation de baladeurs ou Walkman et des autres appareils audio du genre sur les routes et les chemins de fer.

ENQUÊTE N° 10

Une enquête a été menée le 3 juin à Saint John par suite du décès d'un homme de 89 ans survenu en mars 1985 dans l'aile Ridgewood de l'hôpital régional de Saint John.

Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé à une défaillance respiratoire provoquée par des brûlures. La victime s'est mise en feu en essayant d'allumer une cigarette.

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées à l'administrateur de l'aile Ridgewood, étaient :

1) "que l'on interdise désormais de fumer dans les chambres. La cigarette ne serait plus permise que dans des salles de séjour bien précises, comme cela se fait à l'hôpital régional de Saint John;

.../36

2) "que le médecin ou l'infirmière-chef réévalue les privilèges des patients lorsqu'il y a augmentation de la dose de médicaments;

3) "que les effets personnels des patients dont les privilèges ont été retirés soient inspectés immédiatement et que l'on procède à des inspections régulières tous les jours après cela pour s'assurer que le patient ne cache aucun produit du tabac;

4) "que l'on pose sur les portes de chambre des affiches portant l'inscription "Défense de fumer";

5) "que le port de la veste de nuit ignifugée soit rendu obligatoire et que le personnel médical veille au respect de cette règle;

6) "que l'on procède à une inspection complète du système d'alarme afin de pouvoir identifier immédiatement l'origine d'un incendie quelconque; et

7) "que le personnel, y compris le personnel à temps partiel, soit mis au courant du fonctionnement du système d'alarme et des responsabilités de chacun."

L'hôpital a répondu que les recommandations avaient été étudiées de très près et qu'il était malheureux qu'un de ses patients se soit brûlé au point d'en mourir, malgré les efforts du personnel. Cela dit, l'hôpital a signalé qu'il fallait maintenir dans toute la mesure du possible une ambiance familiale à Ridgewood et accorder à ses pensionnaires toute la liberté qu'il leur faut pour vivre comme ils l'entendent, à la condition qu'ils ne constituent pas un danger pour les autres ou pour eux-mêmes. Plus particulièrement, l'hôpital a répondu à chacune des recommandations comme suit :

1) "Le règlement sur l'usage du tabac à l'hôpital principal est actuellement à l'étude; pour le moment, il permet au patient de fumer dans sa chambre, avec la permission de l'infirmière-chef et du médecin. Ridgewood est un foyer de soins séparé du bâtiment principal; la situation est donc différente, car il s'agit essentiellement d'un foyer de remplacement. À l'heure actuelle, il est défendu d'y fumer après l'extinction des lumières, du moins dans la chambre des patients, et une affiche à cet effet est posée dans chaque chambre.

Nous sommes actuellement à élaborer un nouveau règlement qui permettrait de classer les patients selon qu'ils ne fument pas, qu'ils sont autorisés à fumer librement ou qu'ils sont autorisés à fumer sous surveillance. Le deuxième groupe serait composé de personnes possédant toutes leurs capacités mentales qui, croyons-nous, devraient être autorisées à fumer le jour dans l'intimité de leur chambre si elles le désirent. Cette catégorie ne compterait que quelques patients. La plupart d'entre eux devraient en effet être surveillés et notre règlement ferait en sorte qu'ils ne puissent fumer qu'en présence du personnel.

2) "Notre nouveau règlement prévoit une évaluation initiale au moment de l'admission d'un patient, puis une autre au moins une fois par mois ou en tout autre temps si l'état du patient le justifie.

3) "Compte tenu qu'on essaie de reproduire une ambiance familiale à Ridgewood, cette recommandation pourrait être

.../38

perçue comme une incursion dans la vie privée des patients. Nous avons le droit et le devoir d'inspecter les effets personnels des patients si nous avons des raisons de croire qu'ils possèdent des articles pouvant constituer un danger pour eux-mêmes ou pour les autres, mais nous ne croyons pas qu'il faudrait en prendre l'habitude. Aussi ne le faisons-nous que dans des cas exceptionnels, après en avoir informé le patient concerné et obtenu son consentement, si possible.

4) "Depuis quelques années déjà, toutes les chambres contiennent une affiche portant l'inscription "Défense de fumer après l'extinction des lumières", comme nous le mentionnons dans notre réponse à la recommandation 1. Cela n'empêche en rien qu'un petit nombre de fumeurs en pleine possession de leurs facultés puissent être autorisés à fumer le jour dans leur chambre.

5) "Les patients sont actuellement tous tenus de porter une veste ignifugée lorsqu'ils fument, à l'exception de quelques-uns qui s'y opposent fortement; dans ce cas, il faut alors exercer un contrôle et une surveillance très serrés en tout temps. Auparavant, la décision à cet égard était fonction de chaque cas particulier.

6) "Une telle inspection a été faite en février 1984, à la suite de laquelle des détecteurs de fumée ont été installés, malgré que l'édifice respecte déjà les normes prévues. Quoi qu'il en soit, le système s'est révélé en mesure de permettre l'identification immédiate de l'origine d'un incendie. À l'enquête, le sous-chef de

.../39

garde au moment de l'incident a témoigné que les flammes n'auraient pris que quelques secondes pour activer le détecteur de fumée, qui est relié directement au service d'incendie. Il a ajouté que ses camions auraient pu être sur les lieux entre 3 et 4 minutes plus tard, mais que moins d'une minute après le déclenchement du signal d'alarme, on lui avait signalé par radio que l'incendie avait été éteint. Notre personnel a été guidé vers la zone appropriée par le tableau d'alarme installé au poste du personnel infirmier, puis vers la chambre concernée par la lumière allumée automatiquement à la porte par le système.

Le tout n'a pris que quelques secondes et nous sommes d'avis qu'aucune amélioration du système ne permettrait de réagir plus rapidement.

7) "Concernant cet e recommandation, nous tenons à souligner que l'incendie a été repéré et éteint de manière exemplaire par le personnel à temps partiel du soir, en moins d'une minute après le déclenchement de l'alarme. Nous croyons que les côtés mécanique et humain de notre intervention étaient impeccables, grâce aux modifications qui avaient été apportées au système d'alarme et à la formation complète que reçoit régulièrement le personnel."

ENQUÊTE N° 11

Une enquête a été menée le 18 juillet à Richibucto par suite du décès subit d'un homme de 40 ans survenu en juin 1985. La victime buvait sans arrêt depuis un certain temps.

Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé à une crise cardiaque, dans les circonstances suivantes : "En se battant, elle s'est épuisée et nous sommes d'avis que c'est ce qui l'a tuée."

Le jury n'a fait aucune recommandation.

.../40

ENQUÊTE N° 12

Une enquête a été menée le 14 août à Saint John par suite du décès d'un homme de 44 ans survenu en juin 1985 à Boston, dans le Massachusetts, en conséquence d'un accident du travail qui s'était produit en mai de la même année à Saint John.

Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé à des brûlures graves et qu'il s'agissait là d'un décès accidentel.

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées à la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail, au prévôt des incendies de la province et au ministère du Travail, étaient :

1) "que l'on demande au bureau du prévôt des incendies d'envoyer quelqu'un pour inspecter les lieux et déterminer s'ils sont exempts de tout gaz ou matériau combustible avant que ne soit délivré un permis pour effectuer des travaux de déformation à chaud, et ce chaque fois qu'il est question de démonter des canalisations ou des contenants de carburant dans un bâtiment d'entreposage industriel en vrac ou autre bâtiment du genre ou dans un endroit contenant tout genre de carburant ou de matériau combustible;

2) "que le code des normes d'hygiène et de sécurité du travail soit modifié comme suit : "Des vêtements ignifugés adéquats doivent être portés en tout temps lorsque des opérations de démontage s'effectuent dans un bâtiment d'entreposage industriel en vrac ou autre bâtiment du genre, lesquels peuvent contenir des carburants ou des matériaux combustibles"; et

.../41

3) "que seuls des hommes de métier agréés soient engagés dans des bâtiments d'entreposage industriel en vrac ou autres bâtiments du même genre lorsque des opérations de démontage s'y effectuent et qu'il risque d'y avoir des carburants ou des matériaux combustibles."

La Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail a répondu que la recommandation 2 avait été portée à l'attention de son comité d'examen des lois.

Pour leur part, le prévôt des incendies de la province et le ministère du Travail ont répondu que l'inspection et la délivrance de permis pour effectuer des travaux de déformation à chaud étaient du ressort des préposés à l'hygiène et à la sécurité au travail et des autorités locales et non pas du prévôt des incendies, le bureau provincial ayant actuellement trop de travail et pas assez de ressources.

ENQUÊTE N° 13

Une enquête a été menée le 14 août à Bathurst par suite du décès d'un garçon de 2 ans survenu en avril 1985 à l'hôpital régional Chaleur.

Le jury du coroner a conclu que le décès était attribuable à un cas d'acidose métabolique grave (ph 7,034) accompagné de signes apparents de déshydratation.

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées à l'hôpital régional Chaleur, au ministère de la Santé et au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, étaient :

.../42

1) "que la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick examine les règlements en vigueur dans les autres provinces (spécialement en Ontario) en matière de carrières de gravier, dans le but de modifier ceux du Nouveau-Brunswick (par exemple, les articles 83 et 85 de la Occupational Health and Safety Act de l'Ontario);

2) "que la Commission inspecte plus souvent les carrières de gravier; et

3) "que la Commission soit plus sévère dans l'application des ordonnances de sécurité qu'elle émet."

La Commission a répondu que les trois recommandations avaient fait l'objet d'un examen attentif pour voir s'il y avait lieu d'y donner suite. Ainsi, la première sera mise en oeuvre dans des règlements qui doivent être promulgués en 1986. Quant à la deuxième, on y a déjà donné suite et on tente actuellement d'en faire autant pour la troisième, en tenant compte des ressources de la Commission. Celle-ci a par ailleurs fait remarquer que, mis à part la mise en oeuvre éventuelle des trois recommandations, il y avait lieu de noter qu'en tant qu'organisme de réglementation et d'application des lois, la Commission n'aurait jamais les ressources nécessaires pour assumer à temps plein le rôle de surveillant dans tous les lieux de travail dangereux et qu'il revenait donc aux employeurs et aux employés de respecter les lois et règlements régissant l'hygiène et la sécurité.

.../43

ENQUÊTE N° 15

Une enquête a été menée le 16 octobre à Saint John par suite du décès d'une femme de 18 ans survenu en juillet 1985. Une semi-remorque surbaissée s'est détachée du tracteur qui la tirait pour aller percuter contre le véhicule que conduisait la victime.

Le jury du coroner a conclu que la mort était attribuable à une blessure à la tête, plus précisément à une hémorragie cérébrale accompagnée d'oedème, subie dans un accident de la circulation.

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées aux services de maintien de l'ordre de la province et à tous les propriétaires de ce genre d'équipement particulier, étaient :

1) "que les services de maintien de l'ordre soient mis au courant des modifications que les fabricants recommandent d'apporter à l'ancien modèle de semi-remorque surbaissée fabriqué par King Truck Engineering Ltd. et qu'ils inspectent les semi-remorques en question pour s'assurer qu'elles ont bel et bien été modifiées;

2) "que les semi-remorques surbaissées soient inspectées deux fois par année par un mécanicien détenteur d'une licence afin de déterminer l'usure de l'accouplement hydraulique."

ENQUÊTE N° 16

Une enquête a été menée le 17 octobre à Moncton par suite du décès d'une fillette de 11 ans survenu en février 1985 lors d'une fête qui se tenait à la piscine du Howard Johnsons de l'endroit.

.../44

Le jury du coroner a conclu que la victime s'était noyée accidentellement.

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au motel et au ministère du Tourisme, des Loisirs et du Patrimoine, étaient :

1) "qu'un surveillant de baignade soit présent en tout temps lorsque la piscine est ouverte et que les lumières soient allumées en tout temps; et

2) "que l'on promulgue une loi qui rendrait obligatoire dans toutes les piscines la présence d'un surveillant de baignade qualifié."

ENQUÊTE N° 17

Une enquête a été menée le 13 novembre à Edmundston par suite du décès d'un homme de 29 ans survenu en août 1985.

Le jury du coroner a conclu que la victime était tombée d'un arbre dans un fil à haute tension et qu'elle était morte dans les circonstances suivantes : "Elle a succombé à un choc électrique causé principalement par 1) une ignorance des conséquences qu'entraîne un contact avec un fil à haute tension, 2) un manque de connaissance des modalités à respecter lorsque l'on travaille à proximité d'un fil à haute tension, et 3) un manque d'information sur les règlements de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick."

Le jury n'a fait aucune recommandation.

.../45

ENQUÊTE N° 18

Une enquête a été menée le 20 novembre à Sussex par suite du décès d'un homme de 47 ans survenu en août 1985 à la mine Dennison.

Le jury du coroner a conclu que la victime, qui travaillait alors sur un couvercle de trémie de chargement, a perdu l'équilibre, a mis le pied sur une planche mal assujettie, est tombée au fond de la chute n° 1 et y a perdu la vie. Il s'agit ici d'une mort accidentelle.

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au directeur de la Dennison-Potacan Potash Company et à la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick, étaient :

1) "que le personnel respecte en tout temps les règles de sécurité en cinq points énoncées par M. Stewart Cowan, agent de sécurité pour la province du Nouveau-Brunswick;
2) "qu'un avis écrit de ces règles soit remis à tous les employés au moment de leur engagement;
3) "que les surveillants s'assurent que tous les employés connaissent les mesures de sécurité à prendre et qu'ils les fassent respecter en tout temps;
4) "qu'aucun employé n'ait le droit de travailler dans un lieu de travail s'il n'est pas muni du matériel de sécurité approprié;

.../46

5) "que tous les employés soient tenus d'assister régulièrement à des conférences sur la sécurité; et

6) "que le matériel de sécurité approprié soit disponible en tout temps."

La Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick a répondu que la compagnie avait pris des mesures importantes pour diminuer le risque d'un autre accident du genre.

Le directeur de la compagnie a répondu que des dirigeants de la Canadian Mine Development Ltd. avaient étudié les recommandations avec le personnel local et qu'il avait été entendu que les règles de sécurité en cinq points devraient être respectées par tous les employés qui ont à travailler sous terre. Par ailleurs, les recommandations 2, 3 et 5 seraient bientôt appliquées, tandis que les autres le sont déjà, quoiqu'elles aient été renforcées depuis l'accident.

ENQUÊTE N° 19

Une enquête a été menée le 21 novembre à Campbellton par suite du décès d'un homme de 61 ans survenu en mai 1985 au Centre hospitalier de Restigouche.

Le jury du coroner a conclu que la victime avait succombé à une fracture du crâne entraînant une hémorragie intracrânienne, par suite de coups à la tête que la victime s'était infligés dans le dortoir et dans la salle d'isolement, en l'absence de surveillance.

.../47

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées à l'hôpital et au ministère de la Santé et des Services communautaires, étaient :

1) "que l'on surveille de plus près les patients au début de leur période d'isolement, et ce même durant les tête-à-tête. Cette surveillance englobe les signes vitaux et le comportement général du patient;

2) "que l'on améliore les communications entre le personnel de surveillance et les médecins en ce qui a trait à l'état des patients et à toute modification de comportement chez eux, particulièrement lorsqu'il y a changement d'équipes;

3) "que l'on améliore le contenu des dossiers, car nous avons remarqué une lacune dans ce domaine;

4) "que la salle d'isolement, y compris le lit, soit matelassée et aménagée de sorte que les patients ne puissent se blesser."

L'hôpital a répondu en soumettant un document très détaillé décrivant comment on donnerait suite aux recommandations du jury et expliquant les cas où il ne serait pas possible de le faire.